

Міністерство освіти і науки України
 Національний технічний університет
 «Дніпровська політехніка»
 Навчально-науковий інститут державного управління
 Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

студента Гудар`яна Олександра Олександровича

академічної групи 281М-22з-3 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Публічне управління захистом громадського здоров'я в Україні»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Липовська Н.А.			
розділів:				

Рецензент:				
------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:				
-----------------	--	--	--	--

Дніпро
2023

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему
«Публічне управління захистом громадського здоров'я в Україні».

94 с., 2 табл., 76 використаних джерел.

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА В СФЕРІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ВОЄННИЙ СТАН, ПОВОЄННИЙ СТАН,
РЕФОРМУВАННЯ, МЕДИЧНА ДОПОМОГА.

Об'єкт дослідження – система охорони здоров'я.

Предмет дослідження – публічне управління захистом громадського
здоров'я в Україні.

Мета дослідження – обґрунтувати особливості публічного управління у
сфері охорони здоров'я України та напрями його удосконалення в умовах
повоєнного стану.

У першому розділі досліджуються теоретичні основи публічного
управління у сфері охорони здоров'я України. Проаналізована робота органів
управління охорони здоров'я, закладів охорони здоров'я та формувань
екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Другий розділ присвячено аналізу організаційно-правових аспектів
забезпечення громадського здоров'я та особливостей забезпечення
громадського здоров'я в умовах воєнного стану в Україні.

У третьому розділі визначено стратегічні завдання реформування
публічного управління у сфері охорони здоров'я України та інструменти їх
реалізації з урахуванням зарубіжного досвіду.

Сфера практичного застосування результатів роботи – органи
управління охорони здоров'я.

ABSTRACT

Explanatory note of the qualification work of the master's degree on the topic "Public management of public health protection in Ukraine".

94 pp., 2 tab., 76 verses of dzhherel.

PUBLIC ADMINISTRATION, STATE POLICY IN THE FIELD OF HEALTH PROTECTION, WAR STATUS, POST-WAR STATUS, REFORMS, MEDICAL AID.

The object of research is the health care system.

The subject of the study is public management of public health protection in Ukraine.

The purpose of the study is to substantiate the peculiarities of public administration in the sphere of health care of Ukraine and directions for its improvement in the conditions of the post-war state.

The first chapter examines the theoretical foundations of public administration in the sphere of health care of Ukraine. The work of health care management bodies, health care institutions, and formations of emergency medical aid and disaster medicine was analyzed.

The second section is devoted to the analysis of the organizational and legal aspects of public health provision and the peculiarities of public health provision under the conditions of martial law in Ukraine.

In the third section, the strategic tasks of reforming public administration in the field of health care of Ukraine and the tools for their implementation, taking into account foreign experience, are defined.

The sphere of practical application of the results of the work is health care management bodies.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОНЯТТЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЯК ОБ'ЄКТА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ.....	9
1.1. Теоретичні засади публічного управління у сфері охорони здоров'я	9
1.2. Механізми реалізації публічного управління у сфері охорони здоров'я.....	20
РОЗДІЛ 2. СТАН ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН В УКРАЇНІ.....	
2.1. Громадське здоров'я як умова соціогуманітарного розвитку.....	28
2.2 Захист громадського здоров'я в умовах війни в Україні.....	39
РОЗДІЛ 3	
ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН ЯК ПРІОРИТЕТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ	51
3.1. Міжнародний досвід охорони здоров'я громадян як пріоритету публічного управління	51
3.2. Стратегічні завдання публічного управління у сфері охорони здоров'я України та інструменти їх реалізації.....	71
ВИСНОВКИ.....	89
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	97

ВСТУП

Охорона здоров'я – це один із базових соціальних інститутів суспільства, що включає сукупність організацій і практик, спеціалізованих у сфері охорони здоров'я населення. В Україні вирішується завдання розвитку конкурентоспроможної, ефективно керованої, фінансово стійкої системи охорони здоров'я. Для забезпечення розвитку охорони здоров'я потрібне залучення додаткового капіталу, який повинен надходити за рахунок реалізації форм співпраці держави та приватного бізнесу. Перспективною для інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я залишається збалансована взаємодія двох форм управління: державної і приватної.

Навіть поверхневий аналіз практики реформ у сфері охорони здоров'я приводить до висновку про відсутність зваженої науково обґрунтованої концепції поступального розвитку вітчизняної медицини. Численні спроби реформування системи охорони здоров'я вочевидь носили фрагментарний характер у той час як державне управління в такій важливій сфері сьогодні без перебільшень можна стверджувати стратегічно важливій сфері суспільних відносин має базуватися на науково обґрунтованій концепції поступових перетворень які б відповідали очікуванням усього суспільства.

Критичний стан системи охорони здоров'я в Україні не залишає байдужими як практиків, так і провідних вітчизняних науковців. Зокрема, питання публічного управління у сфері охорони здоров'я досліджували такі провідні українські вчені, як: М. М. Білинська [16], Л. І. Жаліло [16], Д. В. Карамішев [16], В. М. Лехан [22], Г. О. Слабкий [22], І. М. Солоненко [38], Я. Ф. Радиш [16], Н. О. Рингач [33, с. 93-94] та ін. Вони розглядають фундаментальні теоретичні положення державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні, вказують на те, що негативний стан вітчизняної медицини зумовлений недоліками організації та державного управління цієї сфери.

Проблеми здоров'я населення і неефективність діяльності медичної сфери досліджують не тільки вітчизняні вчені. Найактуальніша проблема, яка

сьогодні турбує науковців усього світу, полягає у з'ясуванні механізмів, за допомогою яких можна досягти максимальної ефективності діяльності медичної галузі в умовах значних соціально-економічних змін у суспільстві.

Водночас, незважаючи на досить ґрунтовне дослідження цієї проблеми, питання публічного управління охороною здоров'я залишаються актуальними, адже на сьогодні практичних, результативних кроків щодо підвищення його ефективності вкрай мало. Причиною цього є відсутність єдиної державної стратегії подальшого розвитку сфери охорони здоров'я і наукових досліджень впливу зовнішніх і внутрішніх змін на її діяльність.

Мета дослідження – обґрунтувати особливості публічного управління у сфері охорони здоров'я України та напрями його удосконалення в умовах повоєнного стану.

Для досягнення мети були поставлені такі завдання:

- проаналізувати теоретичні засади публічного управління у сфері охорони здоров'я;
- розкрити механізми реалізації публічного управління у сфері охорони здоров'я;
- виявити особливості публічного управління у сфері охорони здоров'я та його забезпечення в умовах війни в Україні;
- дослідити міжнародний досвід охорони здоров'я громадян як пріоритету публічного управління;
- визначити основні шляхи удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини, що складаються у сфері охорони здоров'я в Україні.

Предмет дослідження – публічне управління захистом громадського здоров'я в Україні.

Для реалізації поставлених у магістерській роботі мети й завдань використовувався комплекс взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих загальнонаукових і спеціальних методів дослідження, спрямованих на

отримання об'єктивних та достовірних результатів. В основу дослідження покладено системний підхід, який дав змогу розглянути керовану й керуючу підсистеми публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Дослідження динаміки становлення та розвитку сфери охорони здоров'я в Україні, її тенденцій і закономірностей з метою обґрунтування відповідних управлінських рішень проведено за допомогою статистичних методів.

Методи наукової абстракції, експертних оцінок та узагальнення, а також прогностичний метод застосовувалися для формулювання висновків, рекомендацій і пропозицій щодо обґрунтування шляхів удосконалення публічної політики України в галузі охорони здоров'я.

Інформаційною основою дослідження слугували законодавчі та нормативні акти вищих державних органів влади та органів місцевого самоврядування, наукова література, статті зарубіжних і вітчизняних учених у періодичних виданнях, результати соціологічних досліджень вітчизняних та зарубіжних центрів, офіційні публікації Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Зважаючи на об'єкт дослідження як систему, а також на характер методичного апарату, останній використаний згідно із системним підходом та системним аналізом, що дало змогу досягти основної мети магістерської роботи, запропонувати рекомендації щодо удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я та сформулювати основні висновки за результатами дослідження.

Структурно магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОНЯТТЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЯК ОБ'ЄКТА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ

1.1. Теоретичні засади публічного управління у сфері охорони здоров'я

Пильна увага до проблем охорони здоров'я (далі – ОЗ) в Україні у світі зумовлена тим, що громадське здоров'я на сучасному етапі суспільного розвитку характеризується особливостями і тенденціями, що сформувалися під впливом багатьох чинників. З одного боку, людство сьогодні стало більш захищеним від багатьох невиліковних хвороб, від імовірності враження захворюваннями, що передаються через воду, харчові продукти, споживчі товари, від нещасних випадків вдома і на виробництві.

З іншого, певною мірою населення стало ще більш уразливим [54], тому виникає потреба реорганізації системи ОЗ та пошуку альтернативних стратегій більш ефективної державної політики в цій сфері. Публічне управління України у сфері ОЗ – 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 ОЗ є поліпшення стану здоров'я населення [31]. Підходи до формування державної політики у сфері ОЗ задекларовано в Конституції України (ст. 43, 45, 46, 48-50) [17]. Статтею 13 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначено, що основу державної політики ОЗ формує Верховна Рада України шляхом закріплення

конституційних і законодавчих засад ОЗ, визначення її мети, головних завдань, напрямків, принципів і пріоритетів, установлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм ОЗ [25].

У багатьох країнах світу ведеться пошук оптимальних моделей систем ОЗ, які б відповідали часу, місцю, політичним, соціально-економічним, культурним та іншим вимогам. Як правило, кожні 10 років майже всі країни світу тією чи іншою мірою вносили зміни у власні моделі системи ОЗ. Проте, як стверджує Т. Попченко, в Україні ОЗ не стала пріоритетом державної політики, незважаючи на численні декларації, політичні спекуляції та дискусії про шляхи її реформування, що точаться вже майже два десятиліття [46, с. 4]. Дискусійним серед науковців залишається питання, що на сьогодні є першочерговим: «реформа чи реорганізація системи ОЗ?».

Реформа системи ОЗ – це діяльність, пов'язана зі зміною політики та інститутів ОЗ, 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 [19]. Ключовими елементами реформи є: зміст (пакети реформ, що віддзеркалюють мету, кількість і набір заходів), процес, інститути (організаційні структури, системи управління).

Реорганізація – це перебудова, перетворення, зміна структури й організаційних форм підприємств, установ, державних або громадських організацій [54]. Необхідність реформування сфери ОЗ України зумовлена суттєвими суперечностями між зростаючими потребами населення в медичній допомозі та спроможністю галузі їх задовольнити на засадах якості, доступності, ефективності, рівності та справедливості. В Україні реформування сфери ОЗ започатковано затвердженням Указом Президента України «Концепції розвитку охорони здоров'я населення України» (2000 р.),

кінцевою метою реалізації якої є збереження та зміцнення здоров'я населення, продовження періоду активного довголіття і тривалості життя людей.

Публічне управління у сфері ОЗ спрямовується на підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду Українського народу шляхом запровадження таких державних заходів: переорієнтація ОЗ на посилення заходів із попередження захворювань, запобігання інфекційним захворюванням, зниженням ризиків для здоров'я людини, що пов'язані із забрудненням і шкідливим впливом чинників довкілля; вирішення проблем гігієни та безпеки праці; створення умов для формування і стимулювання здорового способу життя; здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності і зниження смертності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення.

Галузеві заходи передбачають розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини; розроблення державних комплексних і цільових програм; визначення пріоритетів медичної допомоги та обґрунтування переліку й обсягу гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги; проведення реструктуризації галузі з метою ліквідації диспропорції в розвитку різних видів медичної допомоги [18].

Н. Кризина наголошує, що для здійснення аналізу і вибору стратегії державної політики щодо перебудови системи ОЗ слід включити певні механізми державного управління в процес перетворень, простосовуючи їх до конкретних проблем і можливостей [19]. До основних механізмів державної політики, що максимально впливають на функціонування сфери ОЗ, слід віднести такі: фінансування галузі, організацію системи ОЗ на макро- та мікрорівнях, методи оплати виробників медичних послуг.

Вагомими досягненнями реалізації державної політики щодо охорони громадського здоров'я на цьому етапі стало поліпшення медичного обслуговування материнства і дитинства шляхом успішного впровадження Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства і дитинства» – відкриття сучасних перинатальних центрів в Автономній

Республіці Крим, Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Полтавській, Рівненській, Харківській, Хмельницькій областях і м. Києві, що дало змогу від початку реформи медичного обслуговування знизити показники малюкової смертності на 13,2% та материнської – на 21,0% [55, с.168].

Результатом діяльності органів державної влади стало наближення до європейських стандартів роботи вітчизняної служби екстреної медичної допомоги.

Проте, незважаючи на поступовий розвиток первинної медико-санітарної допомоги, сьогодні ще існують недоліки, що зумовлюють обмеженість ролі первинної ланки системи ОЗ в наданні медичної населенню, наслідком чого є низький рівень громадського здоров'я. Забезпечення громадян якісними, доступними та ефективними лікарськими засобами здійснюють 110 вітчизняних промислових підприємств, понад 21 тис. аптечних закладів, близько 850 зарубіжних компаній, що постачають на ринок понад 7,5 тис. найменувань медичних препаратів [55, с. 169].

Упровадження пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб із гіпертонічною хворобою, реалізація якого заклала фундамент формування ефективної системи державного регулювання цін на лікарські засоби та системи реімбурсації, що дозволило отримати гіпотензивні лікарські засоби майже 7 млн. пацієнтів. Окремими напрямками реалізації державної політики з охорони громадського здоров'я залишаються питання профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу; утілення нових підходів до питань профілактики неінфекційних та інфекційних захворювань; формування здорового способу життя. Отже, як бачимо, в Україні реформування сфери ОЗ здійснюється з урахуванням сучасних тенденцій розвитку медичної галузі та узгоджується з основними напрямками нової Європейської політики в сфері ОЗ «Здоров'я-2030».

Проте, незважаючи на комплекс заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я нації, системний аналіз інформаційних матеріалів Державної служби статистики України, МОЗ України та наукових праць фахівців у цій сфері свідчить, що медико-демографічні показники та показники захворюваності, які характеризують стан громадського здоров'я, мають негативні тенденції.

Публічне управління діяльності у сфері ОЗ має свої особливості. Відповідно до законодавства України, ОЗ є одним із пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику ОЗ в Україні та забезпечує її реалізацію. Законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України та визнає належність права людини на охорону здоров'я до основних, загально визнаних, природних, невідчужуваних і непорушних прав. Наголошується, що це право виникає з моменту народження людини, а не встановлюється імперативно. Держава повинна визначати та гарантувати право на охорону здоров'я. Відповідно до статті 3 Конституції України прямо передбачено, що найвищою соціальною цінністю в Україні визнаються людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека. Статтею 49 Конституції України закріплено низку важливих положень, а саме: кожному гарантовано право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; ОЗ забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм; умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування створює держава; медична допомога у державних і комунальних закладах ОЗ надається безоплатно; існуюча мережа державних і комунальних закладів ОЗ не може бути скорочена; держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності [17]. Із конституційного визначення України як соціальної держави, політика якої спрямована на створення умов щодо забезпечення гідного рівня життя людини, і положень ст. 49 Конституції України, згідно з якими обов'язком держави є забезпечення права громадян на охорону здоров'я, а також державних програм соціального розвитку впливає, що на державу покладаються

зобов'язання перед суспільством щодо використання всіх засобів державного управління сферою. Здоров'я є первинною передумовою нормальної життєдіяльності людини, інтегральним показником успішності розвитку суспільства. Відповідно до статті 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» категорію «здоров'я» визначено як «стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад», а ОЗ розглядається як система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами ОЗ, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Зараз більшість країн світу почали переосмислення здоров'я населення як економічної категорії, а не тільки як медичної та соціальної. До цього призвели оцінки експертів, за даними яких витрати на медичну допомогу в зв'язку з захворюваністю становлять 47,9 %, немедичні витрати (втрати доходів у зв'язку із захворюваністю та передчасною смертністю населення) становлять 52,1 % [3, с. 53; 21]. Згідно з визначенням ВООЗ, система ОЗ – це сукупність усіх організацій, інститутів і ресурсів, головною метою яких є поліпшення здоров'я. Для функціонування системи ОЗ необхідні кадрові ресурси, фінансові кошти, інформація, устаткування й матеріали, транспорт, комунікації, а також загальне керування й керівництво. У рамках системи ОЗ повинні надаватися послуги, чуйно реагують на потреби і справедливі з фінансової точки зору, при поважному відношенні до людей [42]. Концепція ВООЗ «Здоров'я – 2020: основи європейської політики і стратегії для XXI сторіччя» визначає основні цілі функціонування системи ОЗ, до них відносять: поліпшення здоров'я всього населення, відповідність запитам і потребам людей, забезпечення справедливості в розподілі фінансових ресурсів, доступності всіх до наявних ресурсів [52]. Умовою для цього є створення та

успішна діяльність нормативно-правової бази, що включає комплекс всіх ресурсів (фінансові, кадрові, матеріально-технічні), управління та керівництво, інноваційні технології, а основними цінностями – справедливість, солідарність, участь населення, етичний підхід до розвитку систем [42].

Ряд дослідників розглядають державне управління ОЗ як сукупність цілеспрямованих впливів органів державної влади, які діють у рамках відповідно компетенції на певних осіб, соціальні системи, а також увесь соціальний організм у цілому з метою їх упорядкування, збереження або перетворення. Аналізуючи зміст управління сферою ОЗ як різновид соціального управління, зазначені вчені вказують, що воно є особливою соціальною функцією, що виникає з потреби самого суспільства як самокерованої системи і супроводжує усю його історію. Таким чином, можливо визначити існуючі підходи:

- державне управління ОЗ є одночасно механізмом та формою реалізації управління суспільством;
- управлінський вплив обов'язково містить організаційний компонент у медичному закладі, який проявляється в спрямуванні та практичному здійсненні взаємодії людей і має два зрізи: статичний (структурний) та динамічний (функціональний);
- існує поділ медичної сфери як загального інституту управління на певну суб'єктну структуру, що складається з органів державного управління і бізнесу;
- об'єктами державного управління сфери ОЗ виступають певні суспільні відносини, з одного боку, і відносини у самій організаційній системі, тобто відносини між різними органами держави, всередині та між самими лікувальними установами.

М.М. Білинська пропонує загальне визначення державного управління в сфері ОЗ як комплексу прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та

соціального благополуччя населення як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього і майбутніх поколінь в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому [3, с. 7]. Проведене дослідження надає можливість визначити відмінності у визначенні державного управління сферою ОЗ як суспільним явищем, так і системою (табл. 1.1).

Значуща особливість державного управління діяльності у сфері ОЗ України полягає в розмежуванні компетенції органів державної влади, які від імені держави здійснюють таке регулювання, у межах установлених Конституцією України та діючими нормативно-правовими актами. В Україні ОЗ населення забезпечується державною, комунальною та приватною системами ОЗ. Отже, при здійсненні державного управління сферою ОЗ необхідно врахувати наявність недержавних моделей ОЗ та наявність державно-приватних відносин.

Таблиця 1.1

Особливості публічного управління сферою охорони здоров'я як суспільним явищем та системою

Критерій	Державне управління сферою ОЗ як суспільне явище	Державне управління сферою ОЗ як система
Визначення	Комплексна політична, економічна, соціальна і медична категорія, що є формою та основним різновидом соціального управління, соціально-політична функція держави, зумовлена об'єктивними потребами забезпечення цілісності суспільства, його функціонування й поступального розвитку	Визначає демографічний, соціальний, економічний потенціал суспільства, є фактором національної безпеки та об'єктом соціальної політики держави

Об'єкт управління	Суспільні стосунки у сфері ОЗ, що пов'язані з людьми, територіями, організаційно-структурними утвореннями, матеріальнотехнічними ресурсами, видами діяльності	Охорона громадського (суспільного) здоров'я. Підвідомчість стосується органів, закладів, посадових осіб та інші, чия діяльність пов'язана з охороною громадського здоров'я
Комплексна сутність	Діяльності держави, здійснення управлінського організуючого впливу шляхом використання повноважень виконавчої влади через організацію виконання законів, здійснення управлінських функцій з метою комплексного соціальноекономічного та культурного розвитку держави, її окремих територій, а також забезпечення реалізації державної політики у відповідних сферах суспільного життя, створення умов для реалізації громадянами їх прав і свобод	Механізм державного управління розвитком системи ОЗ в Україні, який поєднує організаційні, фінансові, регулятивні, контрольні заходи та має на меті забезпечення задоволеності суспільства медичною допомогою, підвищення захищеності громадян від фінансових ризиків на випадок хвороби, покращання загального стану їх здоров'я

Досвід окремих країн (Швеції, Великобританії, Німеччини, Австралії) засвідчує, що в умовах дефіциту бюджетних коштів потужним інструментом забезпечення позитивних зрушень у сфері ОЗ потенційно може стати державно-приватне партнерство, засноване на поєднанні можливостей держави з фінансово-інвестиційними ресурсами приватного сектору. Лідером у запровадженні державно-приватного партнерства також можна назвати Швецію. Там дозволено брати в оренду лікарні, лабораторії та служби швидкої допомоги. Здача в оренду госпіталю Сент-Грегорі в Стокгольмі, наприклад, дозволила скоротити витрати на 30% і обслуговувати додатково 100 тис.

пацієнтів на рік, вартість рентгенівських послуг впала на 50%, тривалість очікування діагностики та лікування скоротилася на 30%, вартість послуг швидкої допомоги знизилася на 10% , вартість лабораторних послуг – на 40%. Проекти державно-приватного партнерства у сфері ОЗ в цих країнах реалізовувалися на довгостроковій основі під зобов'язання приватного інвестора не створювати штучних обмежень доступності медичної допомоги. Вони передбачали проектування, будівництво, реконструкцію, модернізацію та управління об'єктами ОЗ, комплексне забезпечення первинної медичної допомоги, невідкладної та окремих видів спеціалізованої медичної допомоги населенню певного району (регіону), надання клінічних та інфраструктурних послуг тощо. Соціально-економічний ефект від реалізації цих проектів полягав у скороченні бюджетних витрат на утримання об'єктів ОЗ при суттєвому зниженні вартості медичних послуг і скороченні терміну очікування діагностики та лікування.

Упродовж останнього часу в Україні створено відповідну нормативно-правову базу. Згідно зі статтею 1 Закону України «Про державно-приватне партнерство» державно-приватне партнерство визначено як співробітництво між державою Україна, Автономною Республікою Крим, територіальними громадами в особі відповідних державних органів та органів місцевого самоврядування (державними партнерами) та юридичними особами, крім державних та комунальних підприємств, або фізичними особами – підприємцями (приватними партнерами), що здійснюють на основі договору в порядку, встановленому цим Законом та іншими законодавчими актами, та відповідає ознакам державно-приватного партнерства, визначеним цим Законом. Відповідно до статті 4 цього Закону закріплена можливість застосування державно-приватного партнерства у сферах «ОЗ» і «надання освітніх послуг та послуг у сфері ОЗ» [35]. Перспектива залучення приватних інвестицій до фінансування системних заходів у сфері ОЗ також передбачена Концепцією Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020»: український вимір, затвердженою розпорядженням Кабінетом Міністрів України від 31

жовтня 2011 р. № 1164р [42]. Законом України «Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні» від 24 листопада 2015 року було усунуто низку правових колізій, що ускладнювали налагодження державно-приватного партнерства у сфері ОЗ (запроваджено механізми державної підтримки територіальних громад у реалізації проектів державно-приватного партнерства, розширено гарантії для приватних партнерів від зміни законодавства та у випадку розірвання договору про державно-приватне партнерство через порушення державним партнером своїх зобов'язань тощо). Впровадження механізму державно-приватного партнерства торкнеться майже всіх напрямків медицини: надання медичних послуг та досліджень, наприклад УЗД, МРТ, впровадження сучасного медичного обладнання, препаратів. Крім того, це дозволить змінити підхід до надання допоміжних послуг – харчування, транспортування хворих, переглянути менеджмент у медустановах, вдосконалити електронні системи обліку, обслуговування обладнання тощо. Чинне законодавство не наділяє приватного партнера правом перепрофільовувати об'єкти ОЗ або здійснювати їх продаж чи приватизацію, тобто, механізм державно-приватного партнерства не передбачає зміни державної або комунальної форми власності і відповідно не дає права приватному партнеру продажу або приватизації закладів ОЗ. І це є запорукою того, що клініка, чи інший медичний заклад не стане чиеюсь приватною власністю, що нині, до речі, так лякає багатьох громадян. ДПП дозволить побудувати нову модель фінансування та організації системи ОЗ в країні, дозволить сформувати ефективні структури правової системи та підніме на новий рівень якість надання медичних послуг. Так, можна сказати, що країна і сфера ОЗ отримала шанс на реальний розвиток і ефективне запровадження реформ.

Таким чином, реалії сьогодення свідчать про необхідність суттєвого оновлення поглядів стосовно державного регулювання у сфері ОЗ громадян. Впровадження державно-приватного партнерства у сфері ОЗ об'єктивно

зумовлено поєднати матеріальні і інтелектуальні ресурси державного та приватного секторів, сприятиме розбудові системи ОЗ, підвищенню якості надання медичних послуг населенню, технологічному переоснащенню медичної галузі, вдосконаленню підготовки медичних кадрів.

Таким чином, удосконалення державної політики України з питань охорони громадського здоров'я шляхом реформування вітчизняної системи ОЗ має продовжуватися, але в інших формах. Процеси реформування та оптимізації державної політики з охорони громадського здоров'я повинні включати такі напрямки: демонополізація управління сферою ОЗ шляхом залучення до цих процесів створених корпоративних професійних організацій лікарів, медсестер, фармацевтів; розробка ефективних механізмів запровадження системи багатоканального фінансування медичної галузі; пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини з акцентом у діяльності на профілактику захворювань; посилення ролі реабілітаційної складової шляхом визначення ролі закладів ОЗ і соціального захисту в цих процесах; удосконалення післядипломної підготовки і підвищення кваліфікації медичних кадрів шляхом делегування цих функцій професійним корпоративним об'єднань.

1.2. Механізми реалізації публічного управління у сфері охорони здоров'я

Публічне управління системою охорони здоров'я (СОЗ) України здійснюється відповідно до підписаних уповноваженими особами міжнародних угод і договорів, Конституції, законів країни, насамперед Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який визначає діючу модель СОЗ та нормативно-правових актів, виданих уповноваженими для цього органами в системі державного та галузевого управління, починаючи від КМУ і МОЗ, а також судових органів, що стосуються ОЗ населення як на рівні держави, так і на рівні областей, районів

та окремих населених пунктів, зокрема міст, селищ, сіл, тобто адміністративних територій і громад, а також медичних служб, визначених законодавством для окремих відомств.

Система дії такого комплексу нормативно-правових актів, які динамічно доповнюються як законами України, так і підзаконними актами на усіх рівнях державного та галузевого управління, зокрема наказами, розпорядженнями і вказівками в лікувально-профілактичних, санаторно-курортних закладах і їх підрозділах в комплексі забезпечує дієздатність цілісного державноуправлінського адміністративно-правового механізму ОЗ населення України. Ефективність цього механізму залежить від повноти, збалансованості, впорядкованості складових нормативно-правового поля СОЗ України. Чинне законодавство декларує модель «Беверіджа» як основну схему формування і діяльності СОЗ України.

Це передбачає чітку систему органів державного управління та пріоритет бюджетного фінансування ОЗ населення, проте «Основи законодавства України про охорону здоров'я» на відміну від радянської моделі «Семашко» дозволяє залучення позабюджетних коштів, розвиток медичного страхування, створення приватних медичних закладів, декларує у ст. 18 принцип поособового фінансування «на жителя» та у ст. 35 надання первинної медико-санітарної допомоги «сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики». Разом з тим ці принципи потребують нині більш детального законодавчого врегулювання, через відсутність якого вони не реалізуються вже півтора десятиліття з моменту прийняття вищезазначеного закону. Автором розроблено і пропонується проект Закону України «Про первинне медико-санітарне забезпечення» як адміністративно-правовий механізм реалізації засад задекларованих «Основами...».

Окремим неврегульованим питанням залишається статус ЛПЗ як самоврядних конкуруючих суб'єктів господарювання як це є в Канаді чи Великій Британії, де функціонує класична для СОЗ «модель Беверіджа».

Дуже поміркований темп реформування СОЗ України нині все ж ставить на порядок денний необхідність законодавчого вирішення цієї проблеми. Наразі листом МОЗ пропонується ЛПЗ самим змінювати свій статус. Однак при цьому перейменовані на некомерційні комунальні медичні підприємства стають вразливими, оскільки місцеві ради та адміністрації, як правило, скорочують їм обсяги бюджетного фінансування на своєму рівні на суму залучених в попередній звітний період позабюджетних коштів, посиляючись власне на їх новий статус. Отже, новий статус ЛПЗ має бути комплексно врегульований законодавчо, тобто отримати повноцінне нормативно-правове поле, причому не вибірково, а назагал уся мережа державних і комунальних медичних закладів. Новий статус дасть ЛПЗ нові шанси і нову місію. Передусім це дозволило задіяти реальні механізми легалізації наявного тіньового ринку медичних послуг, зробити прозорими і легальними фінансові потоки, що на думку багатьох дослідників досягають обсягів одного порядку з консолідованим бюджетом галузі ОЗ України.

Такий підхід в перспективі дозволив би суттєво знизити рівень хабарництва і корупції у сфері ОЗ в цілому, що позитивно вплинуло б як на оздоровлення стану справ в СОЗ, так і показників здоров'я населення, що є нині деформованими. На загал це дозволило б оптимізувати наву мережу ЛПЗ та усунути негативні чинники, які СОЗ успадкувала від попередньої системи, що не дають здійснювати реальне реформування галузі. Державноуправлінський інформаційно-організаційний механізм ОЗ в Україні складається з системи уповноважених для цього суб'єктів — органів державного і галузевого управління та системного інформаційно-аналітичного забезпечення їх діяльності.

Законодавством України визначається перелік як суб'єктів управління, так і їх функції, починаючи з загальнодержавного рівня – Президент України, ВРУ, КСУ, ВСУ, КМУ, МОЗ і до органів місцевого самоврядування, громадських організацій та закладів ОЗ на рівні адміністративних територій і

громад до міської, селищної, сільської ради та лікарської амбулаторії чи фельдшерського пункту, а також відомчих медичних служб включно.

Ефективність і результативність дії інформаційно-організаційного механізму ОЗ населення залежить від якості, інтегрованості, технологічного рівня системи інформаційно-аналітичного забезпечення управлінських рішень (УР) та фаховості і компетентності працівників вищезазначених органів управління, а також інформаційно-аналітичних і організаційно-методичних центрів і підрозділів, зокрема існуючої їх мережі в СОЗ України як складової загальнонаціональної системи, до якої можуть входити і громадські організації. Залучення громадськості до загальнонаціонального інформаційно-аналітичного механізму державного управління ОЗ дозволить забезпечити зворотній зв'язок, як виключно необхідний інструмент громадянського суспільства у сфері ОЗ населення. Інформованість громадян у визначених законодавством межах, а також можливість їх впливу і участі в прийнятті УР щодо охорони їх здоров'я є абсолютно необхідним чинником дієвості сучасного європейського громадянського суспільства та необхідною складовою демократичної країни. Належним чином сформований, доконструйований, структурований державноуправлінський інформаційно-організаційний механізм ОЗ населення має бути дієвим чинником реалізації прав як окремих громадян, так і народу України в цілому на здоров'я як «повне фізичне, соціальне і духовне благополуччя».

Особливістю функціонування державноуправлінського фінансово-економічного механізму ОЗ є певна неврегульованість, нескоординованість нормативно-правового поля, тобто неефективність дії державноуправлінського адміністративно-правового механізму ОЗ в Україні. Так, ст. 12 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який діє з 1992 року, стверджує в Ст. 12, що «державна політика ОЗ забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обгрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу», проте в жодному Законі України про бюджет з 1993

по нинішній рік цю норму не дотримано. З прийняттям Конституції України у 1996 році це аргументується дією її ст. 95 «виключно законом про Державний бюджет України визначаються будь-які видатки держави на загальносуспільні потреби, розмір і цільове спрямування цих податків», що не забороняє бюджетувати охорону здоров'я населення «в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу» [13].

Такий рівень бюджетування демонструється низкою країн з різними моделями СОЗ і конче необхідний практично вимираючому народу України, здоров'я якого характеризується показниками зверхсмертності чоловіків працездатного віку, високими рівнями дитячої та материнської смертності, захворюваності і смертності від цілої низки захворювань, показники яких вказують на наявність півтора десятка епідемій чи передепідемічних станів в різних регіонах та делікатно і завуальовано формулюється в урядових документах як «негативний приріст» чи «депопуляція» населення. Подолати кризові явища в структурі здоров'я населення можна лікувальними та профілактичними заходами, для надання яких функціонує розвинена мережа лікувально-профілактичних (ЛПЗ), санаторно-курортних та оздоровчих закладів, що становить національне багатство України. Проблема полягає як у належному рівні фінансування заходів та програм з ОЗ населення «на мешканця», так і у ефективному використанні виділених коштів консолідованого бюджету.

Державноуправлінський фінансово-економічний механізм ОЗ викликає мабуть найбільше нарікань з усіх сторін як в Україні, так і за кордоном. Йдеться як про загальну тенденцію усіх урядів до скорочення витрат консолідованого бюджету на охорону здоров'я, так і проблеми ефективно-економного, отже економічного використання наявних ресурсів. Доцільно без радикального реформування наявного в Україні державноуправлінського адміністративно-правового і інформаційно-організаційного механізмів чи моделі ОЗ провести удосконалення діючого фінансово-економічного

механізму шляхом запровадження «віртуального фондотримання» на рівні первинної ланки та оплати за обсяг і якість роботи в межах інтегрованого поособового фонду ОЗ з прозорим механізмом фінансування за рівнями надання медичної допомоги.

Для відповідного при цьому врегулювання державноуправлінського адміністративно-правового механізму ОЗ при цьому пропонується прийняти пропонований Закон України «Про первинне медико-санітарне забезпечення» і відповідні директиви МОЗ на його виконання (хоча при достатній вольовій ініціативі достатньо власних рішень МОЗ, підтриманих підзаконними актами КМУ, при належних діях Координаційної ради з ОЗ при КМУ для забезпечення необхідної співпраці в межах органів виконавчої гілки влади та відомчих медичних служб тощо).

Для доорганізації дії державноуправлінського інформаційно-організаційного механізму ОЗ в Україні пропонується сформувати як місцеві, регіональні, так і глобальні – загальнонаціональну та в перспективі ЄС, континентальну чи планетарну комп'ютерну систему інформаційно-аналітичної підтримки УР, яка об'єднала б мережу автоматизованих робочих місць (АРМ) з єдиним інтегрованим програмним забезпеченням та розподіленими базами даних щодо ОЗ населення відповідного регіону.

Така система потребуватиме поточної підтримки в плані як підготовки кадрів користувачів (операторами можуть бути особи з середньою медичною чи базовою комп'ютерною освітою 1—2 місяці), так і технічного супроводу, а також розробки періодичного оновлення загальнонаціональних класифікаторів медичних послуг (в межах компетенції інститутів Національної Академії медичних наук). За таких умов у співпраці МОЗ з Мінфіном, Мінекономіки, Мінпраці, Мінюстиції та іншими зацікавленими сторонами за участі фахівців комітету ВРУ з ОЗ, материнства і дитинства, Координаційної ради з ОЗ КМУ та Національної ради з ОЗ при Президентові України стане можливим подальше (поетапне — за економною «стратегією малих кроків») удосконалення державноуправлінського механізму ОЗ на

виконання вимог як чинних законів, так і указів Президента України та підзаконних актів КМУ, які стосуються реалізації поособового фінансування «на мешканця», оплати праці «за обсягом і якістю роботи» (а не на утримання «наявної мережі»). Такими малими кроками, що не потребують значних ресурсів, буде:

- запровадження «віртуального фондотримання» лікаря загальної практики-сімейної медицини як первинного фондотримача і організатора ОЗ, що не вимагає створення нового рівня юридичних осіб на базі структурних підрозділів ЦРЛ, міських лікарень і поліклінік в особі амбулаторій чи інших закладів сімейної медицини (що може радикально дезінтегрувати наявну мережу ЛПЗ різних рівнів і СОЗ України в цілому);

- створення «віртуального фонду ОЗ населення регіону», в межах якого інтегрувалась би інформація про консолідований бюджет з різних рівнів фінансування на охорону здоров'я населення певного регіону з віртуальним поділом коштів поособово – «на мешканця» в єдиній комп'ютеризованій інформаційно-аналітичній системі управління ОЗ на базі мережі АРМів в лікувально-профілактичних закладах і органах управління;

- запровадження оплати праці медпрацівників «за обсягом роботи», що обліковується АРМ за класифікаторами медичних і інших послуг відповідними програмним забезпеченням, та з подальшим аналізом якості, результативності і ефективності цих лікувально-профілактичних заходів із залученням громадськості для ефективного прийняття УР;

- організація навчання користувачів вищезазначених технологій як в органах управління та закладах ОЗ, так і громадських організаціях. Вищезазначені та інші необхідні заходи доречно скоординувати та відповідно спланувати для реалізації в системі виконавчої влади Координаційним комітетом з ОЗ КМУ під егідою Національної ради з ОЗ при Президентові України.

Поточну практичну роботу по розробці директив, заходів, планів і графіків виконання і контролю слід доручити робочій групі фахівців, яку

можна створити при МОЗ, Мінфіні, Мінекономіки чи КМУ залежно від політичної волі керівництва зазначених органів виконавчої гілки влади.

Запровадження сучасних управлінських, інформаційних, фінансово-економічних технологій з новітніми методиками «віртуального фондотримання», поособового фінансування «на мешканця» та оплати «за обсягом роботи» разом зі зміною статусу ЛПЗ при відповідному комплексному врегулюванні нормативно-правового поля дасть підґрунтя для дієвої зміни статусу як медичних працівників, так і пацієнтів. Це дозволить реалізувати принцип «кошти йдуть за пацієнтом», що зацікавить пацієнтів берегти своє здоров'я, розглядаючи його і як економічну категорію. А медики отримають стимули до розвитку профілактичної діяльності з реальною оплатою профілактичних послуг, оскільки суспільству вигідніше фінансувати профілактику і ПМСД, які на порядок дешевше вартості медичних послуг другого і третього рівня. Медики при цьому не втрачатимуть, бо оплата праці «за обсягом роботи» дозволить їм отримувати гідну оплату за відповідну працю згідно реально облікованого мережею АРМ обсягу за стандартами, затвердженими національними класифікаторами медпослуг. Потрібен лише спеціальний вишкіл задіяних фахівців. Такий підхід дозволить розвивати участь громадськості як медичної, так і пацієнтів та пересічних громадян, як отримають реальний доступ до інформації через місцеві, регіональні та глобальні інформаційні мережі щодо стану справ в національній та регіональних чи місцевих СОЗ і кожному конкретному ЛПЗ в межах, визначених законодавством про лікарську таємницю. Причому це дозволить користуватись якісно опрацьованою достовірною інформацією в режимі «on line» навіть з кількох незалежних джерел одночасно.

При належному законодавчому забезпеченні такий підхід дасть змогу формувати громадянське суспільство у дуже чутливій сфері – ОЗ, а пересічним громадянам реально і свідомо залучатись до охорони свого власного здоров'я, знаючи обсяги коштів, які виділяються з бюджетів усіх рівнів на охорону навіть його власного здоров'я і як та ким вони викорисовуються на

кожен момент часу, на що заплановані і ким, а також хто зобов'язаний контролювати доцільність, прозорість і правильність їх використання.

РОЗДІЛ 2

СТАН ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН В УКРАЇНІ

2.1. Громадське здоров'я як умова соціогуманітарного розвитку

Громадське здоров'я є важливим атрибутом суспільного життя та структурною умовою відтворення соціально-біологічної детермінації суспільства, що у такий спосіб дозволяє проаналізувати антропоцентричну цінність людини в конкретних історичних і фізіологічних умовах. Така категоріальна конструкція громадського здоров'я розкриває сутність внутрішньо індикативного ставлення людини до цінності життя та його досконалості через призму «фізичного добробуту», який гарантується лише фізичним здоров'ям. Останнє, як зовнішньо атрибутивна ознака буття людини, слугує «своєрідним естетичним та соціальним мірилом індивіда, критерієм його краси, громадянської зрілості, духовного розвитку, готовності віддати сили служінню державі» [13].

У межах аналізу сутності громадського здоров'я як умови національної безпеки доцільно враховувати його «біопсихосоціальну природу, як невід'ємний компонент популяційного потенціалу суспільства (чи будь-якого конкретного суспільства), яке перебуває у функціональному взаємозв'язку з іншими структурами соціальної системи (суспільне виробництво, система розподілу благ й соціальної нерівності, влада, культура, інформація)» [13, с. 80]. Такий параметр розуміння громадського здоров'я розкриває його мікросоціальний контекст як структурного процесу та багатофункціонального явища, яке забезпечує «нарощення популяційного потенціалу» суспільства. На підставі цього виробляється сукупність норм та інституціолізованих практик, які забезпечують відтворення людського потенціалу «безпекового добробуту» суспільства.

Основним призначенням держави у даному напрямі має виступати «забезпечення ефективного функціонування громадського здоров'я як

складного інституту в межах конкретного соціального співтовариства, що є гарантом збереження його ресурсного потенціалу» [13, с. 84].

Громадське здоров'я характеризує певний стан суспільства, який визначає рівень його спроможності щодо реалізації біологічних і соціальних функцій, які забезпечують життєдіяльність громадян. Громадське здоров'я є певною формою відображення відповідних соціально-побутових умов та стану оточуючого середовища, які в інтегрованій взаємодії забезпечують ефективність функціонування соціальних інститутів, що у кінцевому результаті є передумовою сталого розвитку суспільства. Такий контекст ідентифікації громадського здоров'я є своєрідною вимірною лінійкою для обстеження показників якості життя громадян через рівень організації ОЗ. Це вказує також на те, що «рівень громадського здоров'я, виступаючи головною умовою відтворення високоякісного трудового потенціалу, є адекватним показником соціально-економічної безпеки держави» [13].

Відтак, громадське здоров'я постає як багатоаспектне явище, що включає різнометодологічні контексти його розуміння. Це зумовлює доцільність розмежування понять «здоров'я населення» та «громадське здоров'я», що лежить у площині відмінності розуміння понять «населення» та «суспільство». На думку І.Зола під населенням доцільно розуміти

«історично усталену та безперервно оновлювану у процесі відтворення сукупність людей, які мешкають на певній території», а під суспільством «спільну діяльність людей, яка історично сформувалась, а також систему економічних, політичних та духовних взаємодій різних соціальних суб'єктів» [цит. за 13, с.45]. Отже, громадське здоров'я доцільно розглядати як соціально-економічну категорію, яка розкриває індивідуальне буття людини, що забезпечує їй можливість здійснення суспільно-корисної діяльності. На думку І. Зола це обумовлено тим, що здоров'я є «природне, абсолютне та невичерпне благо, яке перебуває на вищій ієрархії людських цінностей, а також виступає складовою частиною економічного фактору результативної праці як ресурс працездатності, від якого залежить продуктивність праці і рівень

задоволення потреб» [54]. Громадське здоров'я «постає як об'єктивний фактор самореалізації індивідів у суспільстві, а відтак один із параметрів якості їх життя, соціальних груп загалом» [13, с. 289].

Громадське здоров'я як фактор самореалізації проявляється не лише в тривалості життя (активної, продуктивної життєдіяльності людини чи групи), але й у всіх без виключення окремих напрямках цієї самореалізації, у всіх видах діяльності в сучасному суспільстві. Така його багатогранність та різна методологічна й технологічна спрямованість дозволяє розуміти під ним стратегічний ресурс забезпечення сталої життєдіяльності суспільства, що і є об'єктивною умовою національної безпеки держави.

Громадське здоров'я постає у ролі певної методологічної системи, яка характеризує здоров'я як суспільно-індивідуальний інститут, що регламентує соціально-статусну роль для життєдіяльності людини, що і є формальним гарантом успішності її існування у соціумі. За такою логікою громадське здоров'я розкриває саме такий аспект здоров'я людини, який дозволяє їй виживати в умовах певної біологічної й соціальної реальності, а відтак відчувати свою самодостатність через здійснення соціального вибору – професійного, кар'єрного, особистісного. Варто також зазначити, що в межах певних соціальних практик налагодження людської життєдіяльності, громадське здоров'я є формою гностичної конструкції, а саме – громадяни обирають практику імітації гарного самопочуття, оскільки в державі загальносоціального добробуту це слугує об'єктивною та функціональною умовою для отримання людиною певних соціально-економічних та юридичних переваг (соціальні пільги).

У межах даного дослідження громадське здоров'я слід також розглядати як певну інституційну систему індикаторів забезпечення якісного життя, прерогатива реалізації якої належить державі, особистості та системі ОЗ. Такий контекст дозволяє чітко розмежувати поняття громадське та індивідуальне здоров'я за параметрами відповідальності за якість життя. Зокрема індивідуальне здоров'я є формою синергічної системи індикаторів,

які забезпечують життєдіяльність людини і відповідальність за яке лежить у сфері її особистісної компетентності. Отже, головними суб'єктами забезпечення громадського здоров'я виступають держава, суспільство (особистість) та система ОЗ, які перебувають у взаємодетермінованій взаємодії налагодження якісної життєдіяльності.

Детальний аналіз відповідних змістовних сентенцій громадського здоров'я передусім ставить питання щодо ідентифікації параметрів відповідальності громадян, держави та системи ОЗ як головних суб'єктів формування системи якісного життя, а відтак і «менталітету ведення здорового способу життя».

Зважаючи на такий контекст аналізу громадського здоров'я особливу увагу варто приділити аналізу медико-соціального статусу людини, який визначається показниками її здоров'я, що дозволяють їй зайняти соціально значущу позицію в суспільстві. Для гарантування високого потенціалу захисту національних інтересів держава має забезпечувати утвердження такої медико-соціальної структури, яка б гарантувала високі показники громадського здоров'я. Тому, на думку Л.С.Шилової, основними елементами такої медико-соціальної структури мають виступати відповідні медико-соціальні спільноти. Аби гарантувати стабільність національної безпеки держави соціальна структура суспільства має базуватись на вирішенні низки питань, серед яких: типологія медико-соціальних статусів, що мають значення для соціальної ідентифікації та соціальних відносин індивідів і груп; відмінності в рівнях та особливостях соціальної активності індивідів і груп, зумовлених їх медико-соціальними статусами; соціальні відносини й конфлікти, пов'язані з інтересами медико-соціальних спільнот [53].

Такий підхід до громадського здоров'я розкриває його як складний феномен суспільної життєдіяльності, що виступає базовою потребою та цінністю людей, постає у формі їх життєво важливої та невід'ємної умови реалізації в системі суспільних відносин. Громадське здоров'я доцільно також розглядати як системний інструмент налагодження певної соціальної

реальності, що синергійно впливає на підвищення показників гарантування національної безпеки держави, та як об'єкт правового регулювання, включаючи комплекс правових норм його функціонування.

Йдеться про те, що громадське здоров'я є «цивільно-правовою гарантією держави та її обов'язком». Це має бути законодавчо закріплено, щоб громадянин і держава «характеризувались» ресурсним потенціалом своєї фізичної захищеності. Громадське здоров'я як умова національної безпеки держави безпосередньо пов'язане з «потребами та цінностями, процесами інституціоналізації й легітимації нових соціальних норм та правових феноменів, які визнаються соціальними групами та суспільством у цілому з огляду на їх права та обов'язки стосовно здоров'я та ОЗ» [54].

Завдяки легітимації ставлення суспільства до своїх прав та гарантій у сфері ОЗ відбувається певна його диференціація на окремі соціальні групи, кожна з яких характеризується власною моделлю соціальної і правової поведінки у цій сфері. Сам процес легітимації прав та інтересів громадян у сфері ОЗ досить часто супроводжується певною конфліктною конструкцією, на ґрунті якої транслюється відповідна поведінкова модель громадян.

Лише тоді, коли держава володіє важелями стримування такої конфліктної конструкції в суспільстві, гарантуючи громадянам паритетні права та інтереси щодо захисту їх здоров'я, утворюється статичний інституційний моноліт потужної управлінської системи, яка гарантує безпеку життєдіяльності громадян і власне національну безпеку самої держави. Відтак, наскільки суспільство «бережливо» ставиться до свого здоров'я, що регламентується відповідними ментальними нормами, детермінованим історичним досвідом суспільства, і наскільки держава є інститутом їх легітимації через сферу державної політики, - здоров'я виступає індикатором оцінки ефективності реалізації безпекової функції держави.

Громадське здоров'я як умова національної безпеки держави забезпечується через паритетну відповідальність громадянина, держави та її інститутів. Однак масштаб відповідальності цих суб'єктів у межах кожної

держави декларує досить часто і радикальні відмінності, що ґрунтується на нормативних принципах легітимності її політики у сфері ОЗ. Це ставить питання про реалізацію соціальних механізмів вироблення політичних рішень у сфері громадського здоров'я, типологію ефективності діяльності різних політичних систем (організацій, держав) у напрямі збереження громадського здоров'я, соціальної та політичної відповідальності держави, провідних суб'єктів політичного життя за збереження і покращення громадського здоров'я, впровадження концепції ефективної соціальної політики держави з точки зору ОЗ громадян, їх соціального захисту та освіти.

Артикулюючи такий контекст розуміння громадського здоров'я як умови національної безпеки доцільно розглядати його не лише з культурологічної, але й соціально безпекової та політичної точок зору. Підставою для цього є той факт, що здоров'я як певна історично детермінована система цінностей задає в сучасному світі конкретні норми та зразки для політики держави у сфері її національної безпеки. Формуючи певний соціально-культурний простір громадське здоров'я розкриває акумулятивність взаємозв'язку між громадянином та державою, покликаною забезпечувати належні умови для його життєдіяльності в межах конкретно-історичного суспільства. Саме тому аналіз громадського здоров'я як умови національної безпеки держави передусім має враховувати особливості культурного простору в межах якого формується ставлення до здоров'я та відбувається диференціація суспільної практики щодо забезпечення громадського здоров'я. Відтак, формується особливий соціальний простір з «домінантними типами культури здоров'я та ролі окремих інститутів суспільства (сім'ї, освіти та ОЗ), що забезпечують відтворення якісного життя громадянина в межах сучасної держави» [52].

Методологічним свідченням стратегічного значення громадського здоров'я для сфери національної безпеки є оцінка результативності останньої з позицій якості життєдіяльності громадян, результативності реалізації відповідних інноваційних проектів, покликаних виступати її гарантом. Такий

контекст вказує на те, що громадське здоров'я є важливим соціально-економічним та соціально-біологічним інструментом посилення безпекового потенціалу держави та індикатором ідентифікації відповідного рівня життя громадян, який і визначає безпеку їх життєдіяльності та потенціал захищеності безпекових параметрів держави. Залежно від того, наскільки результативно побудована вертикаль захисту біологічних інтересів держави, до яких і структурно входить здоров'я, настільки державі вдається забезпечити «оптимальний рівень якості та безпеки життєдіяльності громадян».

З метою деталізованої ідентифікації громадського здоров'я як умови національної безпеки держави доцільно враховувати вплив соціально-регульованих факторів, що забезпечують його функціонування, а також факторів, які перебувають поза рівнем своєї інституціоналізації, але однаковою мірою справляють вплив на ресурсне забезпечення громадського здоров'я. В обох випадках мова йде про «інституціональну сукупність медичних наукових знань та практичної діяльності у сфері громадського здоров'я, які визначають потенціал його результативності та цілісність суспільної системи, що й виступає умовою стабільності функціонування національної безпеки держави» [13, с.151]. За громадянами та державою залишається паритет у налагодженні інституціональної діяльності у сфері ОЗ.

Роль держави акумулюється навколо пропагування ідеології збереження якісного життя та попередження ризиків втрати здоров'я. Це зумовлено тим, що збереження «здоров'я людини, яке більш ніж на 50% визначається стилем її життя потребує спеціальної методології формування у населення «навичок ведення здорового способу життя» [13]. Розроблення та впровадження такої методології свідчить про високі стандарти профілактичної діяльності держави в суспільстві. Відтак актуалізація ведення здорового способу життя пов'язана з артикуляцією нових методологічних принципів громадського здоров'я та ускладненням структури суспільного життя, яка зумовлює нові фактори та ризики екологічного, технологічного, психологічного й політичного порядку. Це «провокує» певний соціальний дисбаланс, в якому вимушено перебуває

людина, а отже формується несприятливий простір для збереження громадського здоров'я. Такий контекст розуміння здорового способу життя вказує на те, що його методологічною основою виступає безпекове та сприятливе для життя людини середовище, відсутність деструктивних факторів, які порушують умови її «фізичної та соціальної комфортності». З огляду на це, здоровий спосіб життя доцільно розглядати у двох зрізах: індивідуальний, де ініціатива належить особистісному підходу до його підтримання та соціальний, який залежить від зовнішніх факторів та інститутів, покликаних забезпечити впровадження й дотримання «сукупності медичних, санітарно-гігієнічних, екологічних та морально-етичних норм і звичаїв, що визначають зберігаючу та відновлювальну стосовно здоров'я поведінку індивідуумів та систему формування й реалізації нормативно-правових актів, які визначають взаємодію між людьми, організаціями, органами державної влади у сфері збереження та зміцнення здоров'я громадян» [54].

З огляду на це система формування здорового способу життя, на думку М. Рейні, включає три основні рівні: соціальний (пропаганда через ЗМІ та ведення інформаційно-просвітницької роботи); інфраструктурний (конкретні умови в основних сферах життєдіяльності: наявність вільного часу, матеріальних засобів, профілактичні заходи, екологічний контроль); особистісний (система ціннісних орієнтацій людини, стандартизація побутового устрою [70]). Ці три рівні системи здорового способу життя мають бути покладені в основу формування державної політики у сфері громадського здоров'я, яка передусім повинна слугувати розвитку умов ведення здорового способу життя. Це безпосередньо включає реалізацію таких напрямів як: «моніторинг та контроль за якістю продукції, призначеної для людини; забезпечення екологічної безпеки та комфортного середовища для проживання населення, його роботи, відпочинку та інших форм соціальної активності; розроблення та запровадження механізмів стимулювання у громадян відповідального ставлення до свого здоров'я» [13].

Запровадження даних напрямів державної політики у сфері громадського здоров'я відповідає об'єктивній потребі громадян та реалізації установок щодо турботи про їх здоров'я. За концепцією М.Вілпєрта, це має передбачати «розроблення систем виховання та навчання навичок здорового способу життя шляхом вироблення певних цінностей, знань і звичок його ведення» [3, с.14]. Створюється така система через розроблення послідовної

«тріадної декомпозиції цілей, підцілей та завдань». Останні дозволяють створити збалансовану структуру формування політики ведення здорового способу життя, яка охоплює такі напрями:

- визнання здорового способу життя важливим пріоритетом політики держави;
- створення конституційної та законодавчої основи розвитку громадського здоров'я, включаючи діяльність усіх інститутів, недержавних структур, суспільства в цілому щодо збереження та зміцнення здоров'я громадян;
- розроблення системи стимулів для формування у населення установок на підтримання здоров'я та позитивну поведінку із самозбереження;
- посилення ролі певних соціальних інститутів (школи, сім'ї, засобів масової інформації);
- значне посилення профілактичної компоненти у загальній політиці ОЗ;
- зменшення соціальної нерівності при отриманні відповідних медичних послуг.

Інтегрована артикуляція цих напрямів має забезпечити досягнення основних цілей у формуванні і ставлення громадян до здорового способу життя. На думку експертів, до таких цілей традиційно належать:

- санітарно-гігієнічна просвіта громадян, пропаганда здорового способу життя [60];

- формування системи просвіти дітей та молоді, яка забезпечує вироблення негативного ставлення до вживання алкоголю, тютюну, токсичних та наркотичних речовин [70];
- нормативно-правове регулювання реклами та вживання пива, алкогольної продукції і тютюну [13];
- розвиток системи моніторингу якості харчових продуктів та питної води;
- нормативно-правове та фінансове забезпечення збалансованого здорового харчування в дошкільних закладах і школах [48, с. 20-24];
- формування системи надання цільових субсидій на придбання продуктів здорового харчування багатодітним, малозабезпеченим сім'ям, студентам, пенсіонерам;
- формування системи забезпечення пільгових путівок у санаторно-курортні та оздоровчі заклади багатодітним, малозабезпеченим сім'ям, дітям, школярам, студентам, пенсіонерам [48];
- підвищення інформованості населення про шляхи передачі ВІЛ інфекції та вірусних гепатитів і заходи щодо запобігання зараженню цими інфекціями [13];
- підвищення толерантності населення до людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією; профілактика ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів В і С серед дітей та підлітків [13];
- підвищення доступності та якості медичної і соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим жінкам та їхнім дітям;
- розвиток міжнародного співробітництва з протидії епідемії з ВІЛ;
- підвищення інформованості населення щодо профілактики туберкульозу;
- розвиток системи моніторингу професійного здоров'я працівників галузей економіки з особливо небезпечними умовами праці та населення закритих територіальних утворень; розвиток санаторно-курортної

інфраструктури; розвиток інфраструктури для занять фізичною культурою і спортом усіх верств населення [13, с. 39-48].

Саме тому на особливу увагу заслуговує утвердження практики розроблення національного інструментарію ОЗ громадян. Йдеться про визначення параметрів утвердження та збереження громадського здоров'я, виходячи з нормативів та інструментарію національної ОЗ, під якою традиційно розуміють «економічну систему та інституційні перетворення, що слугують підвищенню рівня національної безпеки держави» [13]. Відтак, національна ОЗ за своїми структурно-функціональними параметрами дозволяє чітко простежити залежність національної безпеки від якості громадського здоров'я, ідентифікуючи притаманні для певної національної держави сучасні загрози в контексті її національної безпеки, які безпосередньо позначаються на сфері громадського здоров'я населення. При цьому принципово важливо, аби національна держава у сфері реалізації політики розвитку та захисту громадського здоров'я ранжовано підходила до розуміння пріоритетності громадської безпеки, спрямовувала свої зусилля та ресурси на системне підвищення якості життєдіяльності громадян шляхом гарантування їм особистої безпеки. Сучасна держава здатна досягти високих показників національної безпеки, якщо вона здійснює свою політику відповідно до «високих стандартів життєзабезпечення суспільства, його економічного зростання, яке досягається за рахунок інвестицій у людський капітал, освіту, охорону здоров'я та культуру, екологію живих систем та раціональне природокористування» [66].

Таким чином, здійснений нами аналіз громадського здоров'я як структурної складової соціогуманітарного розвитку України дозволив увиразнити антропоцентричні засади публічного управління у сфері ОЗ в сучасних умовах суспільного розвитку.

На підставі цього ідентифіковано її корелятивність відповідно до вимог суспільства та технологічність запровадження нормативно-правових змін у сфері прийняття ефективних державно-управлінських рішень щодо

забезпечення ОЗ. Це дозволило обґрунтувати соціально-економічну безпеку держави у сфері громадського здоров'я, що характеризує інституціональний стан суспільства, яке дістає максимальну можливість реалізувати потребу формування, відтворення та відновлення здоров'я як структурну умову досягнення суспільних благ. Визначено методологічні абрис проектування ієрархії цілей та завдань політики формування громадського здоров'я як стратегічної умови забезпечення національної безпеки держави. З огляду на це постає питання доцільності детальної систематизації основних факторів громадського здоров'я як структурної умови національної безпеки держави, що й виступатиме предметом окремого розгляду в межах наступного параграфу даного дисертаційного дослідження.

2.2. Забезпечення громадського здоров'я в умовах війни в Україні

Громадське здоров'я нації як певна інтегральна система форм та методів психологічної і фізичної безпеки громадян не дозволяє ідентифікувати чіткі зрізи якості життя громадян, виключаючи відповідні параметри суспільної безпеки та соціального розвитку суспільства. Це можливо лише завдяки застосуванню гностичних показників якості громадського здоров'я.

Для уніфікації модульної методики оцінки громадського здоров'я нації доцільно мати об'єктивні показники, які розкривають його внутрішній зміст, який і визначає відповідний рівень соціальної і національної безпеки держави.

До таких показників традиційно належать:

- медико-демографічні;
- захворюваності;
- інвалідності;
- фізичного здоров'я [13, с. 137].

Методологія аналізу таких показників має включати ідентифікацію та ранжування їх за критеріями екстенсивності, інтенсивності, співвідношення та фактологічної доказовості. Саме ці показники та критерії їх ідентифікації й

ранжування дозволяють розробити відповідний індекс громадського здоров'я. Такі показники відіграють стратегічну роль у процесі прийняття ефективних державно-управлінських рішень у сфері ОЗ, що проявляється через відповідні організаційно-правові форми, які включають:

- підготовку проектів правових актів органів законодавчої і виконавчої влади;
- підготовку проектів, наказів, методичних рекомендацій, інструкцій;
- розроблення комплексних або цільових медикосоціальних програм;
- проведення оптимізації мережі закладів ОЗ;
- вдосконалення системи підготовки та перепідготовки медичних кадрів [13, с. 74].

У контексті аналізу громадського здоров'я як структурної складової соціогуманітарного розвитку України важливу роль відіграють показники, які визначають параметри потенціалу відтворення населення в сучасних умовах суспільного розвитку. Наразі йдеться про синхронність показників здоров'я населення, медико-соціальних та демографічних факторів, які визначають статику й динаміку населення, зміну стратифікаційної структури його чисельності, яка базується на індикаторах народжуваності та смертності, природному прирості та зменшенні населення, тривалості життя.

При цьому також варто відзначити, що у XXI ст. з'являються нові підходи до ідентифікації показників громадського здоров'я, передусім йдеться про виникнення принципово нових технологій, лікарських засобів, медичних приладів, інструментів та засобів, які стосуються кінцевих параметрів, зокрема смертності, захворюваності, інвалідності [102]. В межах даного дослідження особливу увагу доцільно приділити гностичним показникам, які дозволяють чітко простежити залежність результативності громадського здоров'я від певних стратегічно-технологічних факторів. Завдяки одному з них можливо обґрунтувати залежність якості системи ОЗ від її ресурсно-інфраструктурного потенціалу, а саме – наскільки рівень фінансування та інфраструктурного забезпечення системи ОЗ визначає високі показники якості її функціонування.

Більше того, гностичні показники дозволяють чітко простежити рівень добробуту та впливу соціально-економічних факторів на ефективність громадського здоров'я й політики у сфері ОЗ. Цей вид показників розкриває кумулятивний та визначальний характер впливу умов та факторів, які показують рівень функціонування громадського здоров'я. До таких показників доцільно віднести наступні.

Медико-демографічні показники, які дозволяють простежити кількісний та потенціальний зріз захворюваності, поширення хвороб, інвалідності та фізичного розвитку населення. Медико-демографічні показники громадського здоров'я містять інтегративно-синергійний характер, а відтак мають чітку структуру, яка дозволяє розділити їх на дві складові: показники природного приросту (руху) населення включають народжуваність, смертність, природний приріст населення, середню тривалість майбутнього життя. Важливу роль при ідентифікації показників природного руху населення відіграє коефіцієнт народжуваності, який базується на врахуванні кількості народжених за рік, на 1000 осіб [65]. Середній показник народжуваності у світі становить 20-30 дітей на 1000 осіб. Показником загальної смертності виступає кількість померлих за рік на 1000 осіб, який у середньому у світі становить 13-16 померлих [13]. Природна смертність, що є результатом фізіологічного процесу старіння, характеризується як об'єктивний процес, тоді як смертність дітей у віці від одного року є певною патологією, що визначає окремі демографічні показники і детерміновано впливає на зростання показників соціальної незахищеності населення. За даними експертів Світового банку, «найнижчі показники смертності малят становлять 5-15 дітей на 1000 осіб населення, середній - 16-30, високий - 30-60 і більше» [62].

Особливим виміром ідентифікації смертності є перинатальна смертність, основними причинами якої виступають: соціально-біологічні (вік матері, її стан під час вагітності, наявність абортів в анамнезі, кількість попередніх пологів і т. д.), соціально-економічні (умови праці майбутньої матері, матеріальне становище, сімейний стан, рівень і якість медичної

допомоги вагітним і новонародженим), і дитяча смертність, причинами якої виступають: спосіб життя, політика в галузі ОЗ, ОЗ жінок і дітей, специфічні методи боротьби з дитячою смертністю, що впливають з медико-соціальних причин [13, с.56].

Варто відзначити, що у ХХІ ст. відбулась деконструкція структури смертності, зумовлена новими тенденціями й перспективами боротьби з певними захворюваннями. Відтак, якщо у ХХ ст. найбільш поширеними захворюваннями, які призводили до тотальної смертності людей, були інфекційні захворювання, то на сьогодні у зв'язку з новими досягненнями у медицині та інноваційними відкриттями щодо лікування певних захворювань головна причина смертності громадян у загальнопланетарному масштабі – це хронічні захворювання, серед яких серцево-судинні, онкологічні, нейропсихічні, ендокринні.

Структурними медико-демографічними показниками громадського здоров'я також виступають показник інвалідності та показник фізичного розвитку. Показник інвалідності вказує на «порушення здоров'я зі сталим розбалансуванням функцій організму, що обумовлено захворюваннями, вродженими дефектами, наслідками травм, які приводять до обмеження життєдіяльності людини» [59]. Під показником фізичного розвитку С.Беннетт пропонує розуміти «показник росту та формування організму, який залежить не лише від спадковості, але й від конкретних соціальних умов, в яких перебуває людина» [59]. Методологія ідентифікації фізичного розвитку базується на врахуванні стандартів оцінки фізичного розвитку кожної людини, виходячи з її вікової та статевої приналежності до певної групи, що дозволяє простежити відповідні зміни громадського здоров'я населення.

Залежність якості громадського здоров'я від принципів та підходів до його фінансування. З кінця ХХ століття більшість розвинених країн щорічно збільшують державні витрати на фінансування ОЗ, що тим самим слугує підвищенню якості та доступності надання медичних послуг. Доцільність збільшення фінансування на охорону здоров'я обумовлена низкою

об'єктивних факторів, серед яких:

- демографічний перехід на сучасний спосіб відтворення населення, який супроводжується реструктуризацією патологій, зниженням народжуваності та старінням населення [56];
- зростання нозологічних форм, що характеризується підвищенням показників хронічних захворювань;
- високий рівень інфляції, що блокує проведення високовартісних наукових досліджень у сфері медицини та застосування високих інноваційних технологій;
- зростання об'єму медичних послуг та застосування високовитратних засобів збереження та розвитку громадського здоров'я;
- розширення прав пацієнтів, підвищення уваги громадян щодо збереження власного здоров'я [13];
- збільшення бюрократичного апарату в системі ОЗ, зокрема в його управлінському та сервісному секторі та використання коштів не за призначенням.

Саме ці фактори обумовлюють зростання витрат на охорону здоров'я, що відображається на збільшенні 1% ВВП протягом кожного століття на охорону здоров'я. До прикладу: «якщо у 20-ті роки ХХ ст. цивілізований світ витрачав на потреби ОЗ 0,7–1,2 ВВП, що збільшувало показники громадського здоров'я, то сьогодні у розвинених країнах Європи ці затрати складають вже – 9% ВВП, а в США – майже 15%» [13]. Саме тому задля належного забезпечення громадського здоров'я ВООЗ рекомендовано в розвинених державах виділяти мінімальну величину 6-8 % від ВВП та 5 % ВВП у тих державах, які перебувають в умовах розвитку [73].

Свою позицію експерти одностайно базують на тому, що 80 доларів витрат на охорону здоров'я, як це є у США, при ВВП в 2500 доларів на громадянина у повній мірі забезпечує його медико-санітарні потреби. Виходячи з цього, «підвищення на 1000 доларів долі валового національного продукту збільшує середню тривалість життя на 0,5 років, а збільшення

індивідуального прибутку громадян на 1000 доларів підвищує цей показник на 1 рік» [73]. Варто також відзначити достатньо суперечливу тенденцію, яка стає характерною для окремих держав, а саме - збільшення витрат на охорону здоров'я не завжди гарантує її ефективність, а в деяких державах навіть спостерігаються динамічні показники падіння якості медичних послуг. Саме тому у XXI ст. більшість держав обирають політику державного скорочення показників ВВП на охорону здоров'я, аргументуючи це тим, що зростання витрат не гарантує бажаної результативності громадського здоров'я, тим більше, що «витрати понад 12 % ВВП взагалі не дають конкретних результатів за показниками здоров'я на рівні популяції» [73]. Достатньо аргументованою є позиція певних вчених, які доводять, що при збільшенні суми коштів, 12 % ВВП, які вкладаються в охорону здоров'я виникає ефект сатурації щодо її ефективності – тобто «ефективність ОЗ як системи вже не підвищується, незважаючи на збільшення фінансових ресурсів» [13].

Відтак, зростання витрат на охорону здоров'я, що не супроводжується покращенням показників якості здоров'я населення свідчить про певну декларативність діючих систем ОЗ сучасного світу й про доцільність їх докорінної реформації. Саме тому на думку експертів ВООЗ, якщо рівень фінансування ОЗ вищий 12 % ВВП не забезпечує бажане зростання показників громадського здоров'я, то наявна система не в змозі контролювати рівень громадського здоров'я і не гарантує повноцінного лікування населення від захворювань. Водночас, «суттєве значення для фінансування ОЗ має не процент ВВП, який у межах кожної держави є нерівномірним, а реальна сума, яка виділяється на охорону здоров'я і яка припадає на кожного мешканця» [13]. У більшості держав із перехідною економікою на охорону здоров'я виділяється в середньому 500 доларів на одного громадянина залежно від його купівельної спроможності, а у розвинених державах Східної та Центральної Європи, зокрема Англії, Іспанії, Італії, Канаді, а також Ізраїлі такі витрати становлять від 1000 до 2000 доларів, від 2000 до 4000 в Німеччині, Данії, Нідерландах, Франції, Японії [72].

Розв'язана Російською Федерацією повномасштабна війна завдала значної шкоди системі охорони здоров'я (СОЗ) України. Йдеться про руйнування медичної інфраструктури, неможливість дотримання норм профілактики та лікування, брак медичних кадрів в деяких регіонах та порушення логістичних зв'язків, що перешкоджає вчасному та повному забезпеченню населення засобами медичного призначення.

З огляду на те, що попит на медичні послуги суттєво змінився в різних регіонах унаслідок переміщення значної частини громадян усередині країни та за її межі, загострилися диспропорції ресурсного забезпечення галузі охорони здоров'я.

Так, за даними ООН, станом на 24 серпня 2022 р. зафіксовано 473 підтверджених атаки на заклади охорони здоров'я, в результаті яких загинуло щонайменше 98 осіб і 134 – зазнали поранень. Пошкоджено понад 927 медичних закладів, понад 400 – опинилися на тимчасово окупованих росіянами територіях, зруйновано 123 заклади СОЗ. При цьому, наприкінці 2021 р. в Україні налічувалося близько 3 тис. медичних закладів. Станом на початок жовтня 2022 р., відновлено 85 закладів СОЗ та ще 209 перебували на стадії відбудови. Пріоритетом МОЗ є відновлення послуг для населення, зокрема для внутрішньо переміщених осіб (ВПО), та робочих місць для працівників медичної сфери. З метою зміцнення спроможності СОЗ триває розгортання мережі мобільних амбулаторій, хоча залишається значною потреба в них у Вінницькій та Хмельницькій областях, які є одними з лідерів за кількістю ВПО. Наразі майже третина (30 %) ВПО мають проблеми із доступом до медичної допомоги.

За інформацією МОЗ, проблема критичної нестачі лікарів для України не актуальна, оскільки є потенційна можливість залучати іноземних медпрацівників, які готові працювати в Україні на волонтерських засадах. Таку можливість надано згідно із Законом України від 29.07.2022 р. № 2494-ІХ «Про внесення змін до деяких законів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного

стану». Водночас такий крок має розглядатись як виключно допоміжний, оскільки політика держави має спрямовуватися не тільки на ресурсне забезпечення галузі, а передусім на стабілізацію галузевого ринку праці у спосіб надання всебічної підтримки працевлаштуванню ВПО, зокрема медичних працівників. Крім того, передбачається, що іноземні фахівці надаватимуть медичні послуги лише на тимчасовій основі, що в найближчому майбутньому змусить знову повернутись до вирішення кадрового питання галузі охорони здоров'я.

Станом на кінець вересня 2022 р. можливістю працевлаштуватися в іншому медзакладі скористалося 4050 внутрішньо переміщених медичних працівників. Найбільше їх зареєстровано у Дніпропетровській, Харківській та Полтавській областях. Також МОЗ запустило портал пошуку роботи для медичних працівників. Проте наявні на ньому вакантні посади стосуються здебільшого лікарів. Найбільше вакансій – у Києві та Київській області, центральних – Кіровоградській, Черкаській, Вінницькій – та Донецькій областях.

Водночас повідомляється про труднощі із працевлаштуванням для медичних працівників зі статусом ВПО. Це змушує їх або погоджуватися на інші, менш кваліфіковані професії, або виїжджати за межі України, що погіршує кадровий потенціал галузі.

Ситуація ускладнюється на тлі відсутності актуальної інформації про точну кількість наявних медичних працівників [1], оскільки такий облік в умовах війни централізовано та систематично не здійснюється.

Про важливість кадрового ресурсу зазначає й ВООЗ, яка рекомендує вже нині будувати кадрову політику з огляду на повернення медперсоналу, а також розробити цифровий реєстр медичних працівників [2].

Потребує вдосконалення мотивація медичних працівників на тлі підвищення попиту на медичні послуги.

Зокрема це стосується встановлення конкурентоспроможної оплати праці, середній рівень якої для лікарів зріс на 30 %, а для молодшого та

середнього медперсоналу – лише на 16 %. Разом із тим, рівень споживчих цін за дев'ять місяців 2022 р. зріс на 21,8 %, що значно нівелює ефект такого підвищення для лікарів та свідчить про зниження купівельної спроможності молодшого та середнього медперсоналу. Питання особливо актуальне через системність проблеми нестачі молодшого медперсоналу практично протягом усіх років незалежності України та з урахуванням підвищеного навантаження на СОЗ під час війни.

Вирішення кадрового питання має спрямовуватися не тільки на збереження наявного потенціалу, а й на навчання медпрацівників за програмами для потреб воєнного та поствоєнного часу, зокрема – у сферах фізичної реабілітації та забезпечення ментального здоров'я.

Бойові дії безпосередньо вплинули на доступність лікарських засобів.

Від початку 2022 р. ДП «Медичні закупівлі України» придбало лікарських засобів та обладнання в обсязі 53 % від потреби. З безпекових міркувань централізовані медзакупівлі у 2022 р. проводяться поза системою Prozorro, відповідно до Постанови Кабміну від 28.02.2022 р. № 169 (зі змінами) «Деякі питання здійснення оборонних та публічних закупівель товарів, робіт і послуг в умовах воєнного стану».

Через періодичні ускладнення вантажопотоку в пунктах пропуску вантажі низки фармацевтичних компаній затримуються під час перетину кордону. Крім того, перевезення певних лікарських засобів, сировини для їх виготовлення та виробів медичного призначення вимагають дотримання температурних режимів. Вирішення цієї проблеми потребує спрощення перетину кордону для вантажів фармацевтичної галузі, зокрема надання їм права на першочерговий перетин кордону.

У проєкті Державного бюджету на 2023 р. закладено приблизно такі самі обсяги фінансування придбання лікарських засобів, що й на поточний рік. Якщо врахувати прогнозований рівень інфляції, зростання курсу іноземних валют (значна частина лікарських засобів в Україні є імпортними) та загострення хронічних станів, так само як і появу нових захворювань у

населення, що потребують медикаментозного лікування, СОЗ матиме дефіцит якісної фармацевтичної продукції. Проблему частково доведеться вирішувати самим громадянам, що негативно позначиться на їхньому рівні життя. Варто наголосити, що в низці громад досі не працює належним чином програма «Доступні ліки». Насамперед йдеться про деокуповані території Київщини, Чернігівщини, Сумщини та Житомирщини[3].

Продовжується міжнародна підтримка охорони здоров'я України.

Згідно з інформацією Єврокомісії, до країн ЄС уже здійснено понад 1000 медичних евакуацій українських пацієнтів [4], а низка європейських країн оголосила про партнерство у сфері зміцнення системи громадського здоров'я України, на що вже виділено 45 млн дол. США. З початку повномасштабної війни на потреби СОЗ України перераховано понад 4 млрд грн. Водночас, за оцінками МОЗ, Україні для відбудови СОЗ знадобиться від 14,6 до 20 млрд євро [5].

Набуває актуальності лікування травм, завданих ментальному здоров'ю українців. За заявами міністра охорони здоров'я, після завершення війни щонайменше 15 млн осіб потребуватимуть психологічної допомоги [6]. Попри те, що держава наголошує на важливості реабілітації, зокрема психологічної, її доступність наразі є низькою. МОЗ надає інформацію про успішність певних програм реабілітації Міноборони та Мінветеранів, тоді як загальнодержавної політики реабілітації досі не вироблено.

Успішній протидії викликам війни сприяє відносна автономізація закладів охорони здоров'я та децентралізований підхід до ухвалення управлінських рішень з боку місцевих громад, з огляду на конкретну ситуацію на місцях.

Наразі спостерігається поступове налагодження функціональності СОЗ в умовах ризиків війни, зумовлене наданням медичних послуг у повному обсязі в окремих регіонах України та відновленням медичної інфраструктури.

Подальші кроки належної роботи СОЗ полягатимуть у визначенні поточних та прогнозованих потреб у медичних послугах із відповідним

перерозподілом ресурсів. Так, залишаються актуальними проблеми низького рівня вакцинації від низки інфекційних хвороб, зокрема кору, поліомієліту [7], а також зростання сезонної захворюваності на інфекційні хвороби, у тому числі – на COVID-19. Разом із тим, наростають потреби в організації надання медичних послуг з лікування травм, спричинених бойовими діями.

Важливим аспектом відновлення є належний облік ресурсів з метою формування об'єктивного уявлення про стан СОЗ. Зокрема це стосується налагодження цифровізації даних та медичної статистики. Державна політика потребує перегляду функціонування медичних реєстрів та формування моделі їх взаємної інтеграції. Однак, не зрозуміло, скільки часу займуть розроблення такої моделі та її практична реалізація, тоді як нині реєстри залишаються обмежено функціональними (або не функціонують зовсім). До того ж, є ризик втрати частини даних, якщо вони не будуть сумісні із зазначеною моделлю, а це вплине на якість та швидкість управлінських рішень.

Потужним інструментом ресурсного забезпечення СОЗ може стати згуртованість громадянського суспільства та волонтерська діяльність. Водночас відсутня координація цього ресурсу через брак вірогідної інформації про потреби СОЗ, що утруднює спрямування допомоги в регіони, де вона найбільше потрібна. Зокрема це зумовлено тим, що Кабінет Міністрів України дозволив закладам охорони здоров'я не вести облік гуманітарної допомоги.

Потрібно переглянути тарифи на надання послуг СОЗ. Для прикладу, згідно із бюджетним запитом, тариф на пакет «реабілітація» з 01 січня 2023 р. закладено у 2,5 раза менший за актуальний, при цьому підстав очікувати зниження компонентів його собівартості немає.

Актуальним також залишається пошук альтернативних джерел залучення фінансових ресурсів та моделей заохочення приватного бізнесу в медицині після завершення війни, зокрема – на деокупованих територіях.

РОЗДІЛ 3

ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН ЯК ПРІОРИТЕТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ

3.1. Міжнародний досвід охорони здоров'я громадян як пріоритету публічного управління

Інтенсивна інтеграція України у глобальний простір та забезпечення національної безпеки держави обумовлюють доцільність детального вивчення міжнародного досвіду ОЗ як пріоритету реалізації національних інтересів. Важливим видається аналіз загальних тенденцій інституціоналізації національних систем ОЗ як засобу реалізації національних інтересів та забезпечення національної безпеки держави, включаючи їх індивідуально-типологічні особливості, структуру та динаміку розвитку. Головним методологічним питанням для більшості національних систем ОЗ залишається подолання відповідних технологічних обмежень у рівні всезагального медичного обслуговування. Більшість держав постійно працюють над розширенням доступності якісних медичних послуг. При цьому вони діаметрально скорочують кількість базових послуг, загальнодоступних для всіх верств населення.

Головним трендом для національних систем ОЗ – не залежно від рівня їх методологічного й технологічного розвитку – є забезпечення відповідного балансу між витратами на медичну сферу та доступністю якості її послуг. Відтак, корелятивно постає питання щодо скорочення фінансування державами медичної сфери і водночас забезпечення її всезагальної доступності для всіх без винятку прошарків населення. У більшості держав запроваджуються різні стратегії оптимізації системи ОЗ та забезпечення її максимальної відповідності інтересам і потребам населення.

Світовий ринок ОЗ традиційно поділяється на кілька сегментів, кожен із яких визначає її функціональну спроможність щодо забезпечення

національних інтересів держави. Серед них:

- товарний сегмент – визначає рівень представництва держави на світовому ринку лікарських препаратів та ринку медичної техніки;
- сегмент медичних та освітніх послуг – поділяється на три підрозділи: а) надання швидкої та невідкладної допомоги; б) лікування захворювань і підтримка на певній стадії хронічних захворювань та інвалідності; в) профілактика;
- сегмент інновацій – характеризується кількістю результатів наукових досліджень, патентних ліцензій, ноу-хау, програмних продуктів, навчальних програм [61].

Кожен із наведених вище сегментів ринку ОЗ визначає ресурсну спроможність держави у відстоюванні власних національних інтересів, посилення функціонального потенціалу держави в забезпеченні результативності відповідних інституцій у сфері надання медичних послуг, а відтак і перспективи формування сильної держави. При цьому варто відзначити, що визначальну роль у системі світових медичних послуг відіграє товарний та інноваційний сегмент, який слугує розширенню національних ринків ОЗ та спроможності їх інтеграції у глобальний ринок медичних послуг. За експертними даними Світового банку, «на медичні послуги у світі припадає 82% світового ринку ОЗ, лікарські препарати займають 10% обігу, інновації – 5%, медична техніка – 2,3%, освітні послуги – 0,6%» [15].

Варто також охарактеризувати достатньо суперечливу тенденцію, яка блокує вільну кореляцію певних сегментів ОЗ та їх представництво в межах певних національних систем. Йдеться про те, що світовий ринок ОЗ визначається інтересами на споживачів медичних послуг, а інтересами суб'єктів їх надання, внаслідок чого спостерігається «зростання обсягів ринків медичної допомоги в країнах з т.зв. «гонорарним» принципом оплати медичних послуг (США, Франція), менший – з «подушним» принципом плати (Великобританія)» [15]. При цьому важливо, що підставою для розгортання певної конкуренції між різними транснаціональними компаніями є боротьба

за використання новітніх інноваційних розробок у фармацевтичній сфері. З огляду на це національні системи ОЗ більшою мірою зорієнтовані на відстоювання національних інтересів. Відтак, динаміка національних систем ОЗ залежить від рівня розвитку їх фармацевтичної промисловості та включення у світові фармацевтичні ринки, що є важливим показником розвитку економіки. З іншого боку, чим більший перелік фармацевтичної продукції держава випускає самостійно, тим менше залежить від глобального світу, а отже має можливість відстоювати власні національні інтереси. Аби забезпечити таку можливість держава повинна сприяти й стимулювати потужний розвиток фармацевтичної продукції шляхом підтримки «новітніх наукових досліджень у біології, хімії, міждисциплінарних дослідженнях, постійно створювати та підтримувати нові напрями в різних наукових галузях, витрачаючи на це до 25% коштів від загального обігу галузі» [15].

Розвиток фармацевтичної промисловості є важливою тенденцією, яка характеризує результативність певних систем ОЗ у їх спрямуванні на реалізацію національних інтересів та забезпечення національної безпеки держави. Цікавим стосовно цього є досвід Китаю, який характеризується потужним розвитком фармацевтичної промисловості, завдяки чому з 90-х років ХХ ст. і дотепер йому вдалося сформувати третю за величиною (після США та Європейського Союзу) фармацевтичну промисловість у світі. Вона виробляє понад 18 млрд дол. товарної продукції для внутрішнього споживання і близько 11 млрд дол. експортної продукції; майже 80% усіх активних інгредієнтів, що використовуються у США для виготовлення ліків, надходять туди за експортом з Китаю» [65].

За даними ВООЗ, у світі відбувається значне зростання вартості медико-технічних виробів. Так, з 2000 р. по 2005 р. воно становило 96 млрд дол.: лідером залишаються США, які мають більше 40% продажів і які виготовляють продукцію за всіма видами медичної техніки, друге місце за обсягами продажів посідає Західна Європа (25%), третє – Азія (21%, в т. ч. Японія)» [72]. Більшість експертів одностайні в тому, що дуже незначним є

обсяг сучасних світових ринків наукових інновацій, який становить лише 5% світового ринку ОЗ, однак суттєво впливає на розвиток інших секторів економіки. Особливо варто наголосити на розширенні обсягів наукових досліджень у сфері ОЗ, оскільки це слугує потужним фактором розвитку її інноваційного сектору, завдяки чому також розширюється перелік медичних послуг та медичної допомоги при хронічних захворюваннях.

Позитивним прикладом щодо цього є США, де «сукупні затрати на систему ОЗ досягли 35 млрд дол. (20%) від всіх науково-дослідних проектів» [15]. При цьому належна увага до питань ОЗ з боку держави у США дозволила вирішити низку системних питань, зокрема забезпечити електронну доступність медичної сфери, оптимізувати систему медичних послуг шляхом запровадження стандартів якості медичної допомоги та модернізації системи лікарського забезпечення. Он-лайн доступність історій хвороб пацієнтів для лікарів допомагає ознайомити їх з клінічними даними і в такий спосіб зменшити кількість лікарських помилок при призначенні лікування та при виписуванні рецептів.

Одна із новацій американської сфери ОЗ стосується також створення системи «оплати праці» надавачів медичної допомоги через технологію Медікер, яка забезпечує гласність їх роботи на основі 140 стандартів якості медичної допомоги, що охоплює 34 клінічні групи. Запровадження стандартів якості включає «запровадження відповідних діагностичних тестів та способів лікування, які забезпечують кращий результат для пацієнта – більш високу тривалість життя, покращення якості життя та скорочення ризику ускладнень» [66, с.307]. Структурно-функціональну роль в оптимізації сфери ОЗ як національного пріоритету у США відіграє закон «Про покращення та модернізацію лікарського забезпечення програми Медікер» (2006), який передбачає суттєві інноваційні зміни у даній сфері та гарантує доступ кожному учаснику програми незалежно від рівня його прибутків та стану здоров'я до належного лікарського забезпечення. Задля реалізації даної програми «було створено 140 мереж санітарної просвіти та організовано роботу майже з 10 тис.

місцевих партнерів, включаючи місцеві відділи геріатричної допомоги» [66, с.311]. Результативність даної законодавчої інновації була очевидною для американської системи ОЗ, оскільки завдяки вступу в дію програми Медікер «приблизно 42 млн. громадян похилого віку та інвалідів отримали право на реєстрацію у приватних планах ОЗ, за якими субсидіюється вартість виписаних лікарем ліків» [66, с.404]. Це дозволило великій кількості громадян скористатись новими пільгами, а конкуренція між т.зв. «приватними планами» привела до зниження витрат за програмою забезпечення якості сфери ОЗ. Саме завдяки цьому була зменшена «планова вартість страхових премій із 37 дол. до 25 дол., а сама вартість програми на десятилітній період склала 678 млрд дол. замість планових 730 млрд дол.» [66, с. 410].

Характерною особливістю сфери ОЗ США є «практично некероване зростання витрат на медичну допомогу, завдяки чому у найближчі десятиліття старіюча Америка витратить на медичну допомогу один із кожних п'яти доларів, а тому витрати на неї можуть сягнути більш ніж 4 трлн дол. причому половину цієї суми візьмуть на себе споживачі, а іншу частину – уряд» [15].

Варто відзначити, що досвід США також є прикладом оптимізаційного впливу політичних партій на охорону здоров'я. Ініціатива докорінної реформи ОЗ сягає 90-х років ХХ ст. і належать Б.Клінтону. Вона передбачала «запровадження загального обов'язкового медичного страхування (ОМС), але під тиском великого медичного бізнесу, який витратив на її скасування більше 100 млн дол. була згорнута, оскільки приводила до вирівнювання можливостей, що суперечить основам американського способу життя» [57]. Слідуючи цьому у 1997 р. було прийнято закон «Про звітність та універсальність медичного страхування», який передбачав відповідність спеціальних заходів «групового медичного страхування» певним федеральним стандартам, виключаючи будь-яку дискримінацію та захищаючи страховий статус осіб і сімей на випадок втрати роботи» [57]. У 1998 р. було прийнято урядову програму «Тимчасового підтримання групового медичного страхування безробітних та членів їх сімей з попереднього місця роботи», що

передбачала 750 млн дол. на надання допомоги особам, які втратили роботу, для підтримання групового медичного страхування за попереднім місцем роботи. Програма була розрахована на п'ять років. Її запровадження шляхом посилення регулюючої ролі держави сприяло розширенню доступності медичних послуг у США, а відтак виступало одним із загальнонаціональних пріоритетів її розвитку. Однак оцінюючи результативність такої програми окремі експерти наголошують на тому, що вона переважно була спрямована на задоволення інтересів заможного прошарку американського суспільства. Підтвердженням цього факту стало те, що 44 млн громадян не мали медичної страховки, а відтак і можливості отримувати медичну допомогу, у зв'язку з чим майже 100 тис. осіб померли від неякісного медичного обслуговування [15]. З огляду на це національним пріоритетом у сфері ОЗ США у XXI ст. виступає ідея націоналізації ОЗ, яка передбачає можливість індивідуального вибору громадянами закладів і фахівців для отримання якісних медичних послуг, їх доступність для малозабезпечених верств населення, що нівелює необхідність запровадження урядових стандартів, які не завжди враховують показники якості та модернізаційної синергії.

Варто відзначити, що у США система ОЗ фактично діє на приватній основі. Водночас існує урядова програма «Medicaid», відповідно до якої уряд сплачує 52% усіх витрат на медичне обслуговування бідних людей та осіб похилого віку. Окрім того у США функціонує також система приватного страхування, відповідно до якої «близько 85% американців, які не досягли віку входу в Medicare, мають приватну медичну страховку. Завдяки цьому споживач практично не платить за власне медобслуговування: лише 13 центів з кожного долара сплачується безпосередньо з кишені споживача» [15]. Відтак у США «держави не платять лікарям ні за бідних, ні за літніх людей, і взагалі не бере участі в оплаті медичного обслуговування, медичні страховки продають приватні компанії, кожна з яких громадянин купує самостійно» [15]. Не можна констатувати, що американська модель ОЗ є концептуально й технологічно досконалою, однак вона декларує загальнонаціональний

пріоритет гарантування державою безпеки життєдіяльності громадян шляхом забезпечення високої якості надання медичних послуг.

Важливою тенденцією ОЗ нації як пріоритету реалізації національних інтересів у світі є вплив політичних партій на її розвиток. Цікавим щодо цього є досвід Великобританії, де зокрема завдяки лейбористській партії у 1948 р. була створена Національна служба здоров'я (НСЗ), діяльність якої базувалась на забезпеченні загальнодоступності медичних послуг. Її фінансування здійснювались виключно державою за рахунок коштів платників податків і лише у 90-ті роки ХХ ст. консервативна партія ініціювала реформу системи ОЗ, яка розширювала ринкові принципи її фінансування, сприяючи скороченню витрат на медицину. На особливу увагу в цьому контексті заслуговує результативність дії програми «Cradle to grave» – «З пелюшок до могили», яка супроводжувала початок «глобального реформування соціального забезпечення населення», що мало на меті скорочення витрат на медичну допомогу шляхом зменшення кількості хворих. Одним із результатів такої програми стало «створення громадської системи надання медичної допомоги National Health Service (Національна служба ОЗ), або NHS, яка й до сьогодні вважається показником найвищої якості в наданні медичних послуг» [15]. Варто відзначити, що Національна служба ОЗ Великобританії є державною інституцією, яка однією з перших у світі почала надавати універсальні безкоштовні послуги у сфері ОЗ, гарантуючи стабільність та системний розвиток сфер ОЗ до цього часу.

У 2000 р. лейбористською партією була презентована «Програма фінансування та реформування НСЗ відповідно до потреб ХХІ століття», яка визначала інтереси пацієнта основою функціонування системи ОЗ, відхиляючи принципи страхової медицини. Її фінансування мало здійснюватися за рахунок загального оподаткування. Аби відповідати реальним потребам суспільства фінансування системи ОЗ має наблизитись до показника фінансування, який діє в межах країн Європейського Союзу – 8% від ВВП. Виходячи з цього має бути продовжена практика делегування

повноважень і відповідальності лікарням та організаціям первинної медико-санітарної допомоги, а також обмежене залучення приватного сектору до надання медичних послуг. Підтвердженням результативності дії лейбористської програми стало «створення 100 нових лікарень, що привело до зниження смертності від серцево-судинних захворювань на 40%, від раку – на 20%» [14, с.107].

У Великобританії особлива увага приділяється запровадженню нових технологій у сфері ОЗ, що має забезпечити ефективну профілактику та лікування хворих. У такий спосіб уряд доводить, що досягнення нових технологічних успіхів у медичній сфері, забезпечуючи структурну результативність системи ОЗ, сприяє покращенню показників здоров'я нації. Варто також відзначити, що Великобританія «стала першою країною з ринковою економікою, яка ще в 1946 р. взяла охорону здоров'я на державне забезпечення приклад якої згодом наслідували Канада, Швеція, Голландія, Австралія, Італія, Данія, Норвегія, де частка витрат держави на неї становить 86%, тоді як у США – 42%; Канаді – 74%; Німеччині – 78%» [27, с. 118]. Переконливим аргументом результативності такого підходу до організації системи ОЗ Великобританії та перетворення його на загальнонаціональний пріоритет є 80% державного фінансування амбулаторного лікування, на відміну від України, де воно майже повністю перекладено на пацієнтів. При цьому важливим фактом, який характеризує англійську модель ОЗ, є те, що Великобританія виділяє на медичну допомогу найнижчу частку внутрішнього валового продукту – 6% на відміну від інших держав, де вона в середньому становить 15%. Незважаючи на це система ОЗ Великобританії, маючи значний рівень централізованого управління, гарантує високу ефективність та доступність медичних послуг при відносно низьких витратах, а також дозволяє стримувати зростання вартості ліків.

Відтак, основна ідея успішності англійської моделі ОЗ полягає в реалізації ідеї її соціалізації, що передбачає забезпечення соціальної солідарності та соціального добробуту населення шляхом надання йому

якісної медичної допомоги. Процес реалізації даної ідеї супроводжувався запровадженням системних нововведень у систему ОЗ, завдяки чому на початок ХХІ ст. «кожен британець дістав доступ до високоякісних медичних послуг ОЗ, які гарантуються системою прогресивного оподаткування, коли кожен громадянин сплачує відповідно до своїх фінансових можливостей і як пацієнт отримує послуги за потребою» [27]. Аналізуючи переваги британської системи ОЗ варто вказати на її особливість – динамічно реагувати на запити населення, що гарантується мобільним законодавством у цій сфері. Важливу структурно-функціональну роль у забезпеченні ОЗ відіграє також результативність структури організації системи ОЗ, зокрема Департаменту ОЗ як «окремого урядового органу, що забезпечує централізований контроль за впровадженням законів та нормативних актів у медичній галузі, відцентруючи на місцевий локальний рівень прийняття рішень окремими підрозділами NHS» [60]. Результативність даної структури визначається її функціями із застосування тактики аутсорсингу, що передбачає залучення приватних медичних закладів з метою більш раціонального розподілу ресурсів у сфері ОЗ, особливо в умовах нагальної потреби невідкладного втручання приватних інституцій, коли можливості державних інституцій виявляються обмеженими з певних об'єктивних причин.

Особливу функціональну позицію в системі ОЗ Великобританії займає такий державний орган як Стратегічне управління ОЗ (Strategic Health Authorities), яке станом на 2017 р. налічувало 28 подібних структур, відповідальних за певні регіони, що забезпечували інтеграцію загальнонаціональних пріоритетних розробок, таких як програми з раннього виявлення онкологічних захворювань і плани діяльності місцевих лікувально-профілактичних установ [29]. Виходячи з цього медичні послуги у Великобританії поділяються на первинні (передбачають щоденну медичну допомогу, яка надається в офісах лікарів загальної практики, амбулаторних хірургічних відділеннях, стоматологічних та офтальмологічних кабінетах) та вторинні (передбачають спеціалізовані медичні послуги в госпіталях,

амбулаторіях, включаючи роботу психологів і психіатрів), що надаються відповідними локальними підрозділами NHS, т. зв. трастами (NHS trusts), які безпосередньо підпорядковуються регіональним стратегічним управлінням ОЗ. Залежно від сфери діяльності всі трасти системи ОЗ поділяються на кілька груп. Основна з них – це трасти первинної ланки, що займаються наданням первинної медичної допомоги і організацією громадського здоров'я [28]. Більше того, станом на 2017 р. кількість таких організацій суттєво скорочена з 303 у 2010 р. до 147 на теперішній час, що тим самим дозволило знизити витрати на медичну систему та підвищити ефективність медичних послуг укрупнивши їх функції. Виходячи з цього, трасти первинної допомоги надають невідкладну допомогу пацієнтам, залучаючи структури державного та приватного сектору, безпосередньо організовують заходи первинної та вторинної профілактики, а також контролюють локальну епідеміологічну ситуацію і вакцинацію населення [14].

Діяльність трастів у сфері ОЗ також має свою функціональну спрямованість, а саме:

- трасти NHS є роботодавцями переважної більшості персоналу системи ОЗ, вони забезпечують управління роботою госпіталів, відповідають за спеціальну медичну допомогу, зокрема у сфері психічного здоров'я, забезпечують високу якість надання медичних послуг та раціональне витрачання коштів [67];

- трасти невідкладної допомоги (acute trusts) – складаються із лікарів швидкої допомоги, пологових будинків, рентген-діагностичних лабораторій, які забезпечують функціонування медичних закладів нетривалої медичної допомоги [15];

- трасти забезпечення (Care trusts) – одночасно працюють в охороні здоров'я та в соціальній сфері, забезпечуючи впровадження відповідних медичних програм, і передбачають тісну співпрацю з NHS та органами муніципальної влади [46];

- трасти психічного здоров'я (mental health trusts) – організовують та

контролюють проведення психологічного лікування, медичної підтримки та навчання для пацієнтів з серйозними проблемами у сфері психічного здоров'я [23];

– трасти швидкої медичної допомоги (ambulance trusts) – складаються із 30 станцій швидкої медичної допомоги, кожна з них керує окремим трастом, який відповідає за доставку пацієнтів у певний медичний заклад [28].

Варто відзначити, що у Великобританії саме на трасти покладається реалізація основних загальнонаціональних пріоритетів у сфері ОЗ, що дозволило їм зайняти лідируючі позиції у загальнонаціональному рейтингу ефективності серед сервісних інституцій. Більшість трастів, які лідирують «в загальнонаціональному рейтингу ефективності, мають можливість вийти з-під контролю NHS і отримати статус самостійної організації» [50]. Це свідчить про певну автономність всіх госпіталів, які входять у певний траст, завдяки чому вони отримують так зване самостійне право на використання власних ресурсів, а їх пацієнти – безкоштовне лікування. Згідно з британськими медичними регламентами державі належить мінімальний контроль за медичними установами, оскільки юридично клініки перебувають у виключному протектораті місцевих громад. Така модель ОЗ показує відповідність «потребам і пріоритетам загальнонаціональних стратегій розвитку медичної галузі» [29].

Слід зазначити, що світова практика ОЗ нації як пріоритету національних інтересів свідчить про стратегічну роль та доцільність запровадження комерційних сервісних медичних послуг, оскільки саме комерційні структури здатні гарантувати високу якість їх надання. Хоча такий сектор у Великобританії є достатньо незначним, однак

«приватні медичні служби є віддзеркаленням державних амбулаторій, клінік, кабінетів фахівців, діяльність яких не завжди відповідає національним клінічним рекомендаціям і стратегічним планам, водночас вони не несуть відповідальність за здоров'я місцевого населення» [29]. З огляду на це, її громадяни здебільшого звертаються до комерційних медичних структур з

метою: проведення певних діагностичних обстежень; отримання додаткової консультації ще в одного фахівця; здійснення окремих видів хірургічних утручань, не передбачених загальнообов'язковим страхуванням; проведення медичних маніпуляцій, які безпосередньо не належать до лікування (зокрема косметична хірургія та стоматологія); лікування наркозалежних або реабілітація [2]. Саме тому у Великобританії функціонує понад 350 приватних медичних структур, які отримують ліцензію у місцевого підрозділу національної системи ОЗ і проходять перевірку мінімум двічі на рік, сертифікуються і перевіряються локальними структурами публічної влади, на відміну від лікарень NHS, де моніторинг здійснюють національні інспектори [29].

Важливу роль в медичній системі ОЗ Великобританії відіграє громадський сектор, який здійснює контроль за якістю надання медичних послуг населенню. Його основним функціональним призначенням є розроблення клінічних рекомендацій, моніторинг патологічних станів хворих та безпеки пацієнтів. Для створення відповідних медичних регламентів та медичних рекомендацій у Великобританії створено Національний інститут клінічної ефективності (The National Institute for Clinical Excellence-NICE), який готує документи щодо методики лікування певних захворювань, застосування новітніх лікарських засобів та введення в дію нових медичних технологій та інструментів. Цей інститут «оцінює медичні процедури, медичні препарати, медичні технології щодо ефективності затрат, зокрема у Великобританії, коли виводяться на ринок нові ліки від раку, що в середньому подовжують життя на один рік. Тобто пацієнт, його приймає живе на рік довше. Цей препарат не може бути виведений на ринок, якщо його курс коштуватиме більше 30000 фунтів на рік» [15]. З огляду на це саме така інституція в національній системі ОЗ Великобританії покликана задавати алгоритм функціонування медичної системи, враховуючи кращі практики розвитку світової медицини, проводити просвітницьку роботу з громадськістю та надання консультативної допомоги працівниками ОЗ.

Важливу інституційну роль в системі ОЗ Великобританії відіграє також

Комісія з ОЗ, яка оцінює показники роботи NHS, на підставі чого розробляється рейтингова система та здійснюється аналіз спроможності трастів до автономного функціонування. Відповідно до цього всі медичні структури, які входять до NHS, в офіційному рейтинговому списку оцінюються за шкалою від нуля до трьох зірочок залежно від наступних показників: час очікування і списки очікування; кількість скасованих утрочань; чистота лікарень; летальність; фінансова ситуація; кількість повторних звернень у службу швидкої медичної допомоги [45].

Такий підхід до ОЗ Великобританії як пріоритету національних інтересів зорієнтований на надання всьому населенню доступної і безкоштовної медичної допомоги, чому передує розгалужена система державних гарантій, яка досить жорстко регламентується державою. Виходячи із цього і «реформа національної системи ОЗ Великобританії проводилась поетапно, з урахуванням національних особливостей і традицій, слугуючи у такий спосіб підвищенню ефективності системи ОЗ, наданню пацієнту медичних послуг кращої якості і в більш стислі терміни» [20]. Стратегічну роль у системі ОЗ Великобританії відіграють приватні незалежні, інтегровані в національну систему ОЗ незалежні медичні організації, які володіють власною системою фінансування. У більшості випадків їх медичний персонал, будучи власниками певних медичних закладів, володіють певною незалежністю і за рахунок досить раціональної системи їх фінансування мають високу мотивацію для ефективної діяльності, перебуваючи у постійній конкуренції за пацієнтів.

Водночас варто відзначити, що у Великобританії хоча і існує формально безкоштовна ОЗ, однак «традиційно на обліку перебуває біля 750 тисяч осіб у чергах на медобслуговування, близько 50 тисяч операцій на рік у Великобританії скасовуються, тому що пацієнт поки перебував у черзі, став неоперабельним, і якщо він виявився хворим на рак, то у нього 40% шансів взагалі не потрапити до лікаря» [72]. Це свідчить, що британська система ОЗ функціонує у традиційно заформалізованому варіанті, який «витискає»

людину з її можливостями та об'єктивними потребами на отримання якісної медичної допомоги.

У контексті аналізу впливу політичних партій на систему ОЗ як загальнонаціональний пріоритет особливий інтерес становить досвід Німеччини, зокрема ініціативи у сфері ОЗ Соціал-демократичної партії. Головним пріоритетом її програми виступало «розширення зайнятості населення (боротьба з безробіттям), сувора економія та стабільне фінансування, відповідно до чого її цілями є забезпечення сталого розвитку та захисту прав споживачів у сфері продуктів харчування, промислових виробів та медичної допомоги» [9]. На особливу увагу заслуговують запроваджені в Німеччині стандарти якості лікування та догляду (включаючи довгостроковий догляд) при найбільш поширених розладах здоров'я, які вимагають медичної допомоги, що тим сам дозволило суттєво підвищити якість медичної допомоги. Це також слугувало посиленню конкуренції між лікарями, медичними інституціями та страховими агентствами щодо надання якісних медичних послуг, а отже, сприяло економії коштів.

Значний інтерес в межах даного дослідження також становить досвід Франції, щодо артикулювання ОЗ як визначального пріоритету реалізації національних інтересів. Починаючи із 80-х років ХХ ст. ОЗ у Франції посідає стратегічну роль у політичному порядку денному її розвитку і стосується запровадження нових принципів та підходів до утвердження нової системи медичного страхування, яка б поставила під контроль витрати і скоротила б фінансовий дефіцит. Виходячи із цього, запропоновано чотири основних способи скорочення фінансового дефіциту медичного страхування, що включає: збільшення зборів (у поєднанні з модифікацією структури фінансування), скорочення витрат, зниження розміру відшкодування витрат на медичне обслуговування, нарешті, всебічну реорганізацію системи [14, с. 87]. У Франції Національні збори щорічно затверджують єдиний «державний цільовий показник у сфері медичного страхування» (Ondam), який визначає верхню межу витрат на медичне страхування.

Важливими критеріальними принципами, на яких базується результативність французької системи ОЗ, є: 1) відсутність жорсткої залежності між рівнем витрат на охорону здоров'я і станом здоров'я населення; 2) індикативна залежність між рівнем витрат на охорону здоров'я і доступністю медичних послуг для різних верств суспільства носить ще менш тісний характер (високий рівень витрат зовсім не гарантує рівності у використанні медичних послуг); 3) стан здоров'я населення не пов'язується з існуючою в країні системою медичного обслуговування [68].

ОЗ громадян як загальнонаціональний пріоритет переорієнтована таким чином, аби висунути на передній план питання ОЗ громадян, доступність якості медичних послуг та відповідну свободу пацієнтів та лікарів. Це безпосередньо супроводжується запровадженням трьох основних напрямів перетворення ОЗ на загальнонаціональний пріоритет шляхом: 1) поліпшення якості медичного обслуговування населення; 2) інтеграції обслуговування; 3) профілактики захворювань.

У більшості випадків французька модель характеризує оптимізаційний підхід до збалансування витрат на систему ОЗ, обмежуючи при цьому контроль з боку держави за її функціонуванням, завдяки чому кінцевий споживач медичних послуг наділений максимальною свободою у виборі суб'єкта надання медичних послуг. Це обумовлено тим, що у «Франції існує система ОЗ, яка працює на податки, а тому нараховує їх кілька: з акцизу, податки на фонд заробітної плати, податки на доходи фізичних осіб. Звідти береться все і вкладається у єдину фінансову систему, з якої лікарі отримують гроші, але не безпосередньо, оскільки тут лікаря самостійно оплачує собі кожен пацієнт окремо, і лише потім держава по можливості повертає йому ці кошти» [68]. Їхня система ОЗ включає систему державних та приватних клінік, перші фінансуються з державного бюджету, здебільшого це медичні установи для бідних, які не можуть собі дозволити приватну медицину. Тому у Франції запроваджене добровільне медичне страхування, 87% французів на додаток до своєї державної системи купують медичний поліс, покликаний покрити

різницю між державним відшкодуванням і реальною ціною послуг лікаря, і оплатити пацієнту перебування в приватних лікарнях.

Особливий інтерес в межах даного дослідження також становить досвід Канади, де прийнято Закон «Про охорону здоров'я» (1984), який забороняв приватним медичним закладам надавати населенню медичну допомогу, що включена у перелік гарантованих обов'язковим страхуванням. Такий підхід безпосередньо базувався на тому, що «починаючи з 90-х років Канада характеризувалась значним зростанням витрат на охорону здоров'я, що було зумовлено старінням населення, збільшенням цін та витрат на ліки, застосуванням нових та більш вартісних видів медичного обладнання та методик, а також розширенням видів гарантованої державою безкоштовної медичної допомоги» [10, с. 9].

На думку експертів, своєрідним колапсом у сфері ОЗ в цей період стало також «значне удорожчання підготовки медичного персоналу та його недофінансування, що супроводжувалось суттєвим відтоком кваліфікованих кадрів у США, в результаті чого виник дефіцит лікарського та кваліфікованого сестринського персоналу, знизилась якість медичної допомоги, подовжився період її очікування» [55, с. 99]. З метою виходу із даної ситуації було створено дві експертні групи із вчених та політиків, які розробили пропозиції з реформування ОЗ Канади. Однією з них стало «збільшення федерального асигнування на охорону здоров'я за умови суворого контролю за його цільовим використанням, що заперечувало оплату пацієнтами медичної допомоги, гарантованої обов'язковим страхуванням» [55, с. 97]. Тож Канадська медична асоціація вийшла з ініціативами можливої участі комерційних служб у наданні допомоги, гарантованої обов'язковим страхуванням, але за умови оплати її за рахунок коштів держави, а не пацієнтів. У руслі таких ініціатив також затверджено Національну стратегію зміцнення здоров'я та профілактики захворювань, Федеральну стратегію по боротьбі з курінням, а також План дій у сфері ОЗ, який передбачав підвищення асигнувань на сферу ОЗ, що мало покращити її матеріально-технічне та

кадрове забезпечення, посилення профілактичної спрямованості та підвищення ролі громадськості у процесах оптимізації медичної сфери [64]. Завдяки таким ініціативам уряду Канади вдалося забезпечити всьому населенню повний доступ до кваліфікованої медичної допомоги, перетворивши систему ОЗ на сучасний та стабільний інститут забезпечення суспільного розвитку.

Цікавим також є досвід Австралії, який доволі чітко символізує перетворення ОЗ на загальнонаціональний пріоритет розвитку держави. Державою у даному напрямі було проголошено системні заходи щодо модернізації національної системи ОЗ та забезпечення доступності якісної медичної допомоги для всього населення. Виходячи із цього, особлива увага приділялась таким напрямкам як «розвиток сільської системи ОЗ, забезпечення її кваліфікованими фахівцями, розширення фінансування ОЗ, підвищення її якості та посилення профілактичної спрямованості» [13].

Це дозволило перетворити інтереси пацієнтів на основний предмет стратегічної політики у сфері ОЗ, розширюючи у такий спосіб можливості для вибору пацієнтами відповідних медичних інституцій. У даному відношенні йдеться про запроваджені в Австралії ініціативи доповнення державного сектору ОЗ приватним, який слугував зниженню навантаження на нього, забезпечивши його більшу доступність для людей. Тож доступність приватного сектору ОЗ забезпечувалась шляхом повернення 30% вартості полісів із бюджетних фондів, завдяки цьому розширювалась можливість для населення щодо отримання якісних медичних послуг. Тобто «приватна медицина розглядається як доповнення до системи державних служб, що дозволяє знизити навантаження на державний сектор, надавши громадянам певну можливість вибору» [13].

У контексті аналізу ОЗ як національного пріоритету особливий методологічний та функціональний інтерес становить досвід Індії та Китаю, де значна увага приділяється розвитку та оптимізації сільської системи ОЗ. У 2003 р. в Китаї на експериментальній основі сформовано систему кооперативної

медичної допомоги, яка у 2005 р. включала 671 округ із загальною чисельністю сільського населення 177 млн осіб. На підставі цього «урядом Китаю у 2006 р. збільшено удвічі виплати для кожного сільського мешканця, який взяв участь у новій кооперативній програмі. Відповідно до неї кожен селянин щорічно зобов'язувався вносити на свій персональний рахунок 1,25 дол. США на медичну допомогу, а уряд, у свою чергу, – додавати до цього ще 5 дол., крім цього оплачуючи приблизно 65% його медичних витрат на рік» [65].

Функціональна цінність досвіду Індії щодо розвитку ОЗ як загальнонаціонального пріоритету в тому, що урядом запроваджено три основні напрямки ОЗ: 1) сільська ОЗ; 2) громадська система ОЗ; 3) медичний туризм. Виходячи із реалізації цих основних напрямків, збільшено фінансування на розвиток системи ОЗ в сільській місцевості на 20%, що становить 82 млрд рупій (1,8 млрд дол. США) [15]. Запроваджено також програму зі зміцнення громадської системи ОЗ в країні, аргументуючи це тим, що приватний сектор ОЗ не має належних репутаційних показників якості надання медичних послуг. На підставі цього урядом створено «Фонд громадської ОЗ», який налічує 17 високоякісних установ ОЗ для підготовки кількох тисяч фахівців різного профілю на рік для роботи в громадському і приватному секторах. Це свідчить, що в Індії особлива увага приділяється реалізації науково-дослідних проектів у сфері медицини, вартість яких сягає 100–150 млн дол.

Одним із важливих напрямів розвитку Індійської системи ОЗ є розвиток медичного туризму. Видаючи медичні візи для лікування іноземців, економіка Індії з 2005 р. по 2010 р. отримала два мільярди доларів. Майже щороку кількість іноземців, які користуються Індійськими медичними послугами, зростає на 15%, що свідчить про підвищення якості сервісності ОЗ та конкурентності у світі [15].

Умовно національні ринки ОЗ поділяються на два типи: 1) ринки збуту і пропозиції медичної продукції, що забезпечуються національними системами ОЗ індустріально розвинених держав та 2) ринки збуту медичної

продукції економічно відсталих держав, що мають високий попит на медичну продукцію, однак позбавлені належних фінансових можливостей, а тому отримують її від розвинених держав здебільшого у формі гуманітарної допомоги [69].

Кожна держава глобального світу має свій ринок ОЗ, який відповідає її національним пріоритетам розвитку, включаючи симбіоз відповідних секторів, до яких належать: медичні послуги (допомога); лікарські засоби (фармацевтичний); медична техніка, освітній та інноваційний (результати наукових досліджень) (Таблиця 3.1).

Таблиця 3.1.

Світовий ринок ОЗ за секторами

Сектори ринку ОЗ	2000 (млрд дол.)	2022 (млрд дол.)
Інноваційний	185,0	207,2
Освітній	24,0	26,9
Медична допомога	3 144,9	3 522,3
Лікарські засоби	375,0	420,0
Медична техніка та медичне обладнання	88,8	99,5
Усього	3 817,7	4 275,9

Обсяг світового ринку ОЗ від рівня економічного розвитку держави, доходів громадян та аргументованої політичної позиції еліт щодо розуміння ролі здоров'я у забезпеченні належної життєдіяльності нації.

Експерти в умовах розвитку науково-інноваційного сектору медичної сфери прогнозують зростання витрат на систему ОЗ до 2020 р., завдяки чому об'єм світового ринку може досягти 8-10 трлн дол. З огляду на це, «світовий ринок ОЗ залишиться переважно ринком медичних послуг, його інтегруючим фактором виступатиме інноваційний сектор, який стимулюватиме глобалізацію товарного сегменту світового ринку ОЗ, зокрема ринку лікарських засобів, дедалі більше виключаючи клітинні та генно-інженерні технології» [27, с. 93].

Здійснений нами аналіз міжнародного досвіду дозволив з'ясувати, як облаштована «всезагальна» система ОЗ, і наскільки її доступність та якість відповідають потребам суспільства, а відтак структурно вбудована в систему загальнонаціональних пріоритетів розвитку держави. Такий контекст дослідження характеризує інституційну спроможність держави перетворити турботу про здоров'я нації на її стратегічний пріоритет, реалізація якого слугує досягненню синергічного ефекту національної безпеки, яка визначається відповідним рівнем тривалості життя громадян. Перетворення ОЗ на загальнонаціональний пріоритет в межах різних типологій та моделей національних систем ОЗ свідчить, що не завжди високий рівень централізації та високої персональної відповідальності держави забезпечує її перетворення на загальнонаціональний пріоритет, і з іншого боку, високий рівень самоорганізаційних констант в облаштуванні системи ОЗ здатен гарантувати позитивний синергічний ефект для досягнення високих показників здоров'я нації. Сильний рівень державного патерналізму за здоров'ям громадян не здатен гарантувати підвищення показників якості та тривалості життя громадян. Це доводить, що в межах кожної національної системи ОЗ формується власна модель підвищення якості й тривалості життя, яка завжди носить доволі гнучкий та мобільний характер, оскільки корелюється відповідно до об'єктивних потреб громадян щодо отримання відповідних медичних послуг. З огляду на це, збалансована централізація медичних інституцій та висока професійна відповідальність медичного персоналу здатні перетворити систему ОЗ на загальностратегічний пріоритет безпеки життєдіяльності нації.

Таким чином, легітимною формулою результативності ОЗ у напрямі перетворення її на загальнонаціональний пріоритет є турбота держави про здоров'я своїх громадян, створення такого інституту медичного сервісу, який гарантував би його доступність для всіх громадян. Хоча в межах держав система ОЗ взагалі позбавлена контролю з боку держави, що і є її позитивною синергічною складовою результативності. Зокрема, держава не регулює

кваліфікацію лікарів, ні якість медичних послуг, ні квоти на медичне страхування, оскільки тут сфера ОЗ розглядається як соціальний та культурний феномен екзистенційної турботи про здоров'я людини. ОЗ як окрема сфера суспільного життя, базуючись на відповідних критеріях тривалості життя, визначає якість її інституційних засад, тож виступає пріоритетом збереження та гарантією безпеки життєдіяльності нації.

3.2. Стратегічні завдання реформування публічного управління у сфері охорони здоров'я України та інструменти їх реалізації

За концептуальними та технологічними стандартами функціонування сфера ОЗ традиційно являє собою, конгломеративну сукупність інституцій та ресурсів, зорієнтованих на зміцнення, підтримання або відновлення здоров'я громадян. Виходячи з цього базовими принципами вітчизняної системи ОЗ є «поліпшення здоров'я всього населення, відповідність запитам і потребам людей, забезпечення справедливості в розподілі фінансових ресурсів, доступність усіх до наявних ресурсів [21, с. 50]. Результативність її функціонування визначається комплексом інструментів, спрямованих на вирішення стратегічних завдань, які постають перед вітчизняною системою ОЗ і забезпечення її відповідності національним інтересам та потенціалу захисту національної безпеки держави загалом. Більшість таких завдань обумовлена інструментальною базою вирішення поточних проблем, до яких експерти традиційно відносять:

- проблеми політичного, економічного, демографічного, технологічного, екологічного характеру [21];
- зростаючі темпи старіння населення [16];
- зміна перебігу хвороб на переважно хронічний характер [26];
- значна поширеність нездорового способу життя, що обумовлює підвищення потреби в розширенні обсягів медичного обслуговування, що потребує додаткових витрат і ресурсів [47];

- пасивний розвиток нових медичних технологій що супроводжується низьким рівнем освіченості населення в питаннях здоров'я [52];

- не виправдане збільшення вартості медичної допомоги, що ідеологічно суперечить очікуванням громадян щодо її якості [31].

З метою чіткого артикулювання стратегічних завдань національних систем ОЗ, на думку Ж.Фігерса та М.Меккі, доцільно враховувати і той факт, що «сьогодні відбувається випереджаючий темп зростання витрат на медичну допомогу порівняно з темпами збільшення ВВП країн. Це провокує кризові явища в багатьох регіонах, що обумовлює пошук шляхів зменшення витрат та раціонального використання наявних ресурсів. Саме за таких умов виникає та поглиблюється конфлікт інтересів, який полягає у невідповідності між завданнями, що поставили перед системами ОЗ стосовно підвищення доступності та якості послуг, забезпечення рівності, справедливості й фінансово-економічних можливостей їх реалізації [51].

Враховуючи загальносвітові й національні тенденції та чинники, які характеризують сучасну ситуацію у сфері ОЗ України, більшість експертів виокремлюють ті з них, які унеможливають дотримання фундаментального права людини на здоров'я та його охорону і впливають на ранжирування стратегічних завдань вітчизняної системи ОЗ. До таких чинників вони відносять:

- монополізацію та бюрократизацію управління, яке не забезпечує лідерства, адекватного реагування на потреби людини й суспільства, що динамічно змінюються, врахування ризиків та використання наявного потенціалу;

- правові засади функціонування ОЗ, які не ґрунтуються на кращих світових практиках функціонування та розвитку систем ОЗ;

- нерозвинені механізми міжсекторальної координації і взаємодії в інтересах здоров'я населення, що зумовлено інституційною та функціональною нерозвиненістю системи громадської ОЗ;

- неефективну систему кадрового забезпечення, яка не відповідає

потребам галузі у відновленні та підвищенні кадрового потенціалу системи ОЗ в його кількісному та якісному аспектах, характеризується нівелювання етичних засад у професійному медичному середовищі через неможливість адекватно захищати права пацієнтів;

- віддалену від нагальних і стратегічних потреб галузі систему науково-методичного забезпечення діяльності й розвитку системи ОЗ;

- нераціональну структуру ОЗ, яка характеризується низькою доступністю та якістю необхідних населенню послуг передусім через диспропорційний і некомплексний розвиток елементів, що забезпечують затратні втручання, і через слабкість та нерозвиненість складових, спрямованих на зміцнення здоров'я та профілактику, відновлення здоров'я;

- архаїчне інформаційно-аналітичне забезпечення, яке використовує переважно паперові носії інформації, що унеможлиблює комплексний моніторинг та оцінку здоров'я населення і ресурсів системи ОЗ України з метою ефективного оперативного управління та стратегічного планування;

- низьку доступність лікарських засобів та медичних виробів, що зумовлює нівелювання вторинної профілактики захворювань та надмірну потребу в стаціонарному лікуванні через ускладнення хронічних захворювань, яким можна запобігти [13].

Стратегічним завданням ОЗ України має виступати гарантування фундаментального права «людини на здоров'я, як основи економічного і соціального розвитку, політичної стабільності й найважливішого критерію життя кожної людини, сім'ї, громади держави» [13]. Підтвердженням цього є заяви експертів ВООЗ, на думку яких у межах кожної національної системи ОЗ «зростання показників здоров'я і благополуччя мають виступати універсальними гуманітарними цілями, які сьогодні розглядаються як основні права людини, ключові складові справедливого гуманітарного, економічного й соціального розвитку, а також ресурсу повсякденного життя» [66]. Саме тому для більшості держав світу «нагальною потребою став новий тип

управління в інтересах здоров'я, що відповідає вимогам ХХІ ст. і заснований на: соціальних детермінантах здоров'я, справедливості та стійкості, досягненні глобальних і громадських цілей за допомогою нових взаємозалежних видів формального та неформального управління, нових стратегічних взаємозв'язках, а також побудований з урахуванням побажань і за активної участі людей» [14].

У такий спосіб формулювання стратегічних завдань ОЗ України методологічно й технологічно має базуватись на врахуванні сучасних викликів, які індикативно позначаються на функціонуванні національних систем ОЗ. Важливим інструментом щодо цього слугує програмний документ «Європейської політики «Здоров'я-2020», який і є своєрідною відповіддю на глобальні сучасні виклики, що рикошетом відображаються на методології та технології функціонування національних систем ОЗ. Програмними принципами цього документа наступне: значно поліпшити здоров'я і підвищити рівень добробуту населення, зміцнити охорону громадського здоров'я та забезпечити наявність універсальних, соціально справедливих, стійких і високоякісних систем ОЗ, орієнтованих виключно на людину [13].

Відповідно до Конституції ВООЗ «мати найвищий досяжний рівень здоров'я є одним з основних прав кожної людини, незалежно від раси, статі, віку, соціального статусу та здатності платити» [4]. Саме тому для кожної національної системи ОЗ, здатної гарантувати високі показники захисту національної безпеки держави, стратегічними мають стати принципи «справедливості, стабільності, якості, прозорості, підзвітності, право на участь у прийнятті рішень і збереження гідності» [4]. З огляду на це Конституція ВООЗ визначає основні стратегічні пріоритети ОЗ, які є ідентичними для практики функціонування кожної національної системи ОЗ як структурної складової гарантування національних інтересів та захисту національної безпеки держави. У ній підкреслюються основні стратегічні пріоритети національних систем ОЗ, які й визначають завдання та параметри результативності їх функціонування. До таких стратегічних пріоритетів

належать:

- акцент на здоров'ї і благополуччі як барометрах розвитку;
- прийняття всеосяжного підходу до цілого спектру детермінант здоров'я;
- вирішення пріоритетних проблем громадської ОЗ в Регіоні, а також використання реалістичних рішень;
- прийняття нових і перспективних підходів, які передбачають спільне лідерство з метою об'єднання безлічі партнерів і мобілізації широкої політичної та культурної підтримки для розвитку ОЗ, щоб прийняті рішення були спільними;
- виявлення і реагування на передумови змін;
- пошук шляхів обґрунтування необхідності інвестувати у здоров'я, включаючи дані, що свідчать про відповідні вигоди, та ефективні підходи з урахуванням інтересів здоров'я у всіх стратегіях;
- виявлення способів забезпечити розширення прав та можливостей громадян і пацієнтів для поліпшення здоров'я, діяльності систем ОЗ та підвищення рівня задоволеності пацієнтів послугами ОЗ;
- застосування ефективних і продуктивних шляхів використання нових мереж співпраці, партнерства, комунікацій і технологічних можливостей;
- застосування єдиного для всього Європейського регіону ВООЗ механізму формування, підтримки та збереження єдності й послідовності інформаційного обміну в рамках спільноти фахівців сфери ОЗ;
- виявлення прогалин у знаннях і визначення пріоритетних напрямків дослідження, а також надання постійної комунікаційної платформи для обміну практичним досвідом між політиками й захисниками інтересів здоров'я всього Регіону [4].

Відтак, не лише константно, але й реально намагаючись перетворити основні стратегічні пріоритети національних систем ОЗ у базовий принцип забезпечення національної безпеки держав, варто змінити і саме ставлення до

ОЗ, розуміти її як «основу людського існування та безпеки держави». Завдяки такій стратегічній переорієнтації функціонального призначення ОЗ вона все частіше в межах ефективних та результативних національних моделей управління розглядається як «ресурс, який необхідно підтримувати і справедливо розвивати, а також як позитивна концепція, що особливу увагу приділяє соціальним та індивідуальним можливостям, поряд з фізичними якостями людини» [27].

Проблеми, характерні для сучасної світової системи ОЗ, мають «тотально-детермінаційний характер», підтвердженням чого є процеси глобалізації, зокрема глобальної міграції, які призводять до швидкого поширення інфекційних захворювань. Саме тому сьогодні ми спостерігаємо певну залежність економіки, дипломатії та безпеки від показників здоров'я населення держав, а відтак завдяки цьому сама система ОЗ перетворюється «на один із головних секторів економіки, великого роботодавця і двигуна науки й технологій» [4]. Держави Європейського регіону сьогодні мають вирішити два «взаємопов'язані» завдання, а саме:

1) поліпшення здоров'я для всіх і скорочення нерівностей за показниками здоров'я та 2) вдосконалення лідерства й колективного управління з метою збереження та зміцнення здоров'я населення [7]. З цією метою на засіданні Європейського регіонального комітету ВООЗ у 2013 р. державами-членами були затверджені цільові пріоритети, які визначили зміст стратегічних завдань, що стоять перед національними системами ОЗ. До таких цільових пріоритетів у даній сфері віднесено:

2) До 2027 р. скоротити передчасну смертність серед населення Європейського регіону.

3) Підвищити показники очікуваної тривалості життя для населення Європейського регіону.

4) Скоротити масштаби нерівності щодо здоров'я в Європейському регіоні.

5) Підвищити рівень добробуту населення Європейського регіону.

б) Забезпечити загальне охоплення послугами і право на найвищий досяжний рівень здоров'я.

7) Встановити національні цілі та орієнтири щодо здоров'я в державах-членах [15].

Однак аналізуючи стратегічні завдання ОЗ України та інструменти їх реалізації варто враховувати власний ментальний інструментарій ідентифікації стратегічних завдань та їх реалізацію. Населення держав «має розраховувати на можливість впливати на власне здоров'я та його детермінанти в межах особистого, політичного, соціального, економічного та фізичного середовища» [24]. При цьому також доцільно враховувати і той факт, що сфера забезпечення високих показників здоров'я, виходячи з її стратегічних детермінант, не належить до сфери забезпечення лише сектору економіки. Саме тому, на думку Л.Беркмена та Т.Гласса, «необхідні моделі спільної роботи, які базуються на розподілі пріоритетів між іншими секторами, дії, що спрямовані на детермінанти здоров'я, які є показниками діяльності цих секторів, забезпечать отримання додаткових соціальних благ, включаючи економічні переваги для держави» [59, с. 137]. З іншого боку, і самі фактори, що впливають на показники виникнення певних захворювань як у глобальному, так і в національному відношенні, взаємопов'язані, а тому не лише має бути забезпечена належна взаємодія між секторами в межах держави, але, власне, і поміж державами – щодо блокування певних процесів та локалізації факторів, які призводять до поширення захворювань. З цією метою держави мають розробляти «економічно ефективні політичні шляхи, що безпосередньо впливають на поліпшення здоров'я і благополуччя населення, застосовувати підходи, які поєднують провідну роль урядів, громадську підтримку та сприяння в забезпеченні контролю та повноцінної участі громадськості в забезпеченні високих показників здоров'я націй» [59, с. 139].

Саме тому при визначенні стратегічних завдань ОЗ України як інструменту забезпечення національної безпеки держави доцільно чітко ранжувати соціальні детермінанти здоров'я з класифікацією відмінностей

національної системи ОЗ від європейської. Ідентифікація відмінностей у такий спосіб дозволить визначити органічність стратегічних основ ОЗ України та її потенціал щодо забезпечення національної безпеки держави. З цього приводу на особливу увагу заслуговує дослідження професора Кембриджського університету М.Мертонна, яке дозволило проаналізувати рівень нерівності щодо здоров'я між європейськими державами, і на цій основі було запропоновано переглянути варіанти політичних рекомендацій для вирішення певних проблем у сфері підвищення показників якості здоров'я націй. За основу дослідження ним був узятий принцип – «нерівність у здоров'ї між державами є наслідком умов, у яких люди народилися, вирости, живуть, працюють і старіють, а також нерівність у сфері владних повноважень, фінансів і ресурсів, що визначають ці умови у повсякденному житті» [15].

Такий підхід дозволив запропонувати певні політичні інструменти, які мають зменшити діаметральну нерівність між державами. Таким інструментом передусім виступає застосування «досконалого» публічного управління у сфері ОЗ, що має стати підґрунтям для розроблення основ політики здоров'я у ХХІ ст. з урахуванням його викликів. Водночас вчений акцентував увагу на підготовці уніфікованих для держав інструментів стосовно вироблення та поширення моделей спільного управління, «в рамках якого управління розділено між низкою дійових осіб, що представляють державу (міністерства, парламенти, відомства, владні органи, комісії тощо), суспільство (бізнес, громадяни, громадські групи, світові засоби масової інформації, включаючи соціальні мережі, фонди тощо) і міждержавні об'єднання та організації (Європейський Союз, Організацію Об'єднаних Націй і т.ін.)» [15]. При цьому варто особливо наголосити на тому, що реалізація стратегічних завдань ОЗ інструментально підтверджує стратегічну доцільність участі держави у пропагуванні здорового способу життя та запровадженні відповідних профілактичних заходів як інструменту соціальної та економічної безпеки держави.

Варто відзначити, що в межах кожної держави спостерігається певна

відмінність між якістю та доступом до послуг ОЗ, і кожна із груп таких відмінностей обумовлені різними соціальними й економічними обставинами, які стосуються передусім ставлення населення до «власного здоров'я, включаючи вживання тютюну й алкоголю, дієту та фізичну активність, а також психічними розладами, які у свою чергу соціально зумовлені стресами та відсутністю можливостей реалізації об'єктивних потреб» [53]. Все це зумовлює необхідність розроблення кожною державою власного регламентованого змісту стратегічних завдань, які мають бути покладені в основу системи ОЗ і відповідно інструментарію їх реалізації, корелятивного з об'єктивними умовами суспільного розвитку та потребами населення.

Артикулюючи стратегічні завдання ОЗ України Д.Стайклер пропонує враховувати той факт, що «стан здоров'я населення сучасної України характеризується значною поширеністю хронічних хвороб та соціально небезпечних захворювань, внаслідок чого високими залишаються рівні інвалідності та смертності за короткої середньої тривалості життя» [13, С. 124-125]. Підтвердженням цього виступає низка факторів, які негативно впливають на якісні показники життя, серед яких: забруднення довкілля, незадовільні умови праці, поширення інфекційних і паразитарних захворювань, криза галузі медичного обслуговування, недостатній контроль за якістю та вживанням лікарських засобів і біологічно активних домішок, тютюнопаління [15].

Більшість європейських експертів в оцінці вітчизняного стану ОЗ та артикулювання її стратегічних завдань звертають увагу на соціально-економічні та культурні фактори, які диверсифікують якість здоров'я української нації. До таких факторів погіршення стану здоров'я населення вони відносять: збільшення нещасних випадків у побуті та на виробництві [13], руйнування сімей, духовну, моральну та фізичну деградацію суспільства, до чого призводить надмірне вживання алкогольних напоїв, вживання наркотичних засобів, психотропних речовин, що згубно позначається й на демографічній ситуації [27]. З метою локалізації відповідних факторів в

Україні та «оформлення» стратегічного спрямування системи ОЗ відповідно до об'єктивних вимог передусім має здійснювались моніторинг «стану генофонду, рівня популяційного імунітету населення, циркуляції збудників інфекційних хвороб» [7]. Виходячи з цього в стратегічному відношенні вітчизняна система ОЗ як структурна складова забезпечення національної безпеки держави має бути зорієнтована на профілактику захворювань і пропаганду здорового способу життя, що слугуватиме зменшенню показників захворювань на різні хвороби та відповідно й смертності.

У контексті ідентифікації стратегічних завдань ОЗ України більшість експертів є одностайними щодо необхідності врахування відповідних соціально-економічних, політичних, культурологічних та геополітичних факторів та їх локалізації. Так, на думку Е.М.Лібанової, «в Україні залишається складною медико-демографічна ситуація, що підтверджує очікувана тривалість життя населення – 68,2 року. Це в середньому на 10 років нижче, ніж у країнах Євросоюзу. Рівень передчасної смертності втричі перевищує аналогічний показник цих країнах, в т.ч. дитячої смертності – в 2,5 рази; смертності від туберкульозу – в 20 разів. Стан здоров'я населення України є незадовільним, оскільки на кожного громадянина припадає майже дві зареєстровані хвороби» [54]. Вітчизняна система ОЗ в її стратегічному й тактичному відношенні має слугувати наданням доступних та якісних медичних послуг, забезпечувати рівний доступ до медичної допомоги для всіх без винятку прошарків населення, долаючи наявну диспропорцію на рівні міських і сільських територій. При цьому доцільно підтримати позицію вітчизняних та європейських експертів стосовно того, що «Україна в рамках імплементації Угоди про асоціацію з ЄС повинна виконати низку зобов'язань у сфері ОЗ, зокрема створити ефективну систему громадського здоров'я, що є одним із пріоритетів утвердження благополуччя нації» [13].

Підтвердженням цього слугує дослідження-рейтинг, проведене світовим медичним виданням The Lancet на основі розроблених ООН у 2015 р. Цілей сталого розвитку. У 2017 р. Україна посіла у своєму рейтингу 118 місце зі 188

країн світу за показниками здоров'я і благополуччя нації. Український середній показник – 54 зі 100 можливих, поруч з Україною – Сирія (117), Росія (119) та Білорусь (120). Найближча європейська країна – Молдова посідає 80 місце. У лідерів рейтингу – Ісландії, Сінгапуру і Швеції – по 85 балів.

Найгірші показники мають африканські, центрально-азіатські та деякі близькосхідні країни [13]. Відповідно до даного рейтингу в Україні найгіршими залишаються такі показники як смертність від воєнних дій (3), вживання алкоголю (8), ВІЛ-інфекція (31), самогубства (34) та насильство (38). Не спостерігається загроз для здоров'я населення в Україні лише від таких факторів як стихійні лиха, малярія та забуті тропічні хвороби, а тому за цими показниками наша держава отримала по 100 зі ста можливих балів [13]. Водночас залишаються досить високими ризики таких стратегічних показників якості здоров'я нації як дитяча смертність, материнська смертність, рівень вживання алкоголю та тютюнопаління, захворюваність на ВІЛ-інфекцію / СНІД, туберкульоз та гепатит В, смертність від насильницьких дій (у жінок і чоловіків, включаючи фізичне, сексуальне і психологічне насильство) тощо [13].

Варто особливо відзначити і той факт, що «смертність українців за два десятиліття збільшилася на 13%, внаслідок чого країна посіла друге місце в європейському регіоні, де кожен четвертий українець помирає в працездатному віці, щорічно майже із 4% домогосподарств стається фінансова катастрофа через хворобу члена родини, а 92% громадян відчувають таку загрозу, понад 40% українців потерпають поганої якості життя, високий ступінь стресу та стомлюваності. Середня очікувана тривалість життя при народженні – основний комплексний показник якості життя – є низькою та її динаміка в 2015-2017 рр. демонструє стагнацію на рівні 71,2-71,4 року, що майже на 10 років нижче, ніж у країнах Євросоюзу» [13]. Як альтернатива, для мінімізації впливу відповідних ризиків мають бути сформовані стратегічні пріоритети й технічні завдання вітчизняної системи ОЗ.

Досить цікавий підхід до ідентифікації стратегічних завдань ОЗ України

представлений Експертною платформою «ПРОСВІТА» , що вбачає їх у вирішенні проблем структурування системи ОЗ, якими пронизані всі її елементи. Здебільшого експерти наголошують на: модернізаційному дисбалансі організаційних, правових, фінансових, управлінських, економічних, структурних, кадрових та інформаційних інструментів; існуванні значних внутрішньо регіональних відмінностей, які породжують певні деструктивні явища у сфері ОЗ, та системній корупції, спричиненій дефіцитним фінансуванням галузі [44].

Відсутність чітко ідентифікованих стратегічних завдань ОЗ та технологічних інструментів їх реалізації об'єктивно породжує системну кризу вітчизняної ОЗ, яка поглиблює деструктивні зміни вікової структури населення, що характеризується стрімким старінням населення. Відтак стратегічним завданням ОЗ має виступати запровадження ефективних та дійових інструментів розширення переліку якісних медичних послуг для населення, формування розгалуженої мережі закладів ОЗ та забезпечення її кваліфікованими медичними кадрами. На думку експертів, «діюча мережа загальнодоступних закладів не забезпечує комплексності та інтегрованості медичного обслуговування, існує надлишок неспеціалізованих низькотехнологічних потужностей. Натомість потужностей для інтенсивного лікування, реабілітації, надання паліативної допомоги бракує, майже повністю знівельовано медичну профілактику захворювань та пропаганду здорового способу життя» [44]. Виходячи із реалізації таких завдань в Україні стратегічно й тактично має бути створена мережа закладів ОЗ, яка передусім володітиме технологічно інноваційною інфраструктурою та відповідатиме потребам населення.

Відтак, стратегічним завданням ОЗ України є подолання причин, що породжують деструктивні проблеми її функціонування, серед яких:

- відсутність зв'язку між якістю та доступністю медичних послуг і видатками на її фінансування, а також брак мотивації медичних працівників до якісної праці;

- низький рівень профілактики та питомої ваги медичних послуг, які надаються на рівні первинної медико-санітарної допомоги;
- нераціональна структура системи ОЗ (на 100 тис. населення в Україні припадає 5,6 лікарень, аналогічний показник в країнах ЄС – 810 – 2,6; кількість ліжко-місць в Україні – 868 на 100 тис. населення, у країнах ЄС – 810 – 644; кількість лікарів на 100 тис. населення в Україні – 302, у ЄС – 810 – 261);
- деформація структури видатків на охорону здоров'я (86% бюджетних коштів, що виділяються на охорону здоров'я, витрачається на утримання закладів ОЗ та оплату праці медичних працівників);
- дублювання медичних послуг та відсутність механізму управління потоками пацієнтів на різних рівнях надання медичних послуг;
- низький рівень самостійності закладів ОЗ при використанні кадрових, фінансових і матеріально-технічних ресурсів [26].

Стратегічні завдання ОЗ України мають передусім слугувати оптимальному вирішенню нагальних проблем медичної сфери шляхом її модернізаційного реформування, включаючи нормативні, економічні, політичні, культурні аспекти. Це є свідчення того, що результативність модернізаційного реформування базується на врахуванні «соціально-економічних, демографічних, медико-організаційних, територіальних особливостей та національних традицій тощо» [49]. Їх урахування сприятиме оптимізаційному розвитку системи ОЗ та перетворенню її на стратегічний інструмент забезпечення національної безпеки держави. Тобто стратегічним завданням ОЗ України має виступати поліпшення показників здоров'я, зведення до мінімуму різниці у його рівнях в окремих групах, повага до пацієнтів, чуйність до вимог людей, урахування їхніх потреб, справедливість фінансування (відсутність ризиків потрапляння людини у скрутне становище через хворобу)» [44]. Саме тому, на думку В.Л.Пододяка, процес модернізаційного реформування має супроводжуватись не фрагментарними, а системними змінами, які «стосуються основ конструкції та взаємозв'язків між суб'єктами галузі ОЗ» [31].

Неспроможність вітчизняної системи ОЗ відігравати роль загальнонаціонального пріоритету розвитку держави породжує певні деструкції і на рівні забезпечення гарантій національної безпеки держави. Це безпосередньо позначається на показниках тривалості життя населення та якості його збереження. З метою оптимізації цих двох показників і перетворення ОЗ нації та її стратегічний пріоритет доцільно запровадити інструменти, які слугуватимуть забезпеченню: належного рівня фінансування ОЗ; кореляції застосування медичних технологій рівню розвитку науки; об'єктивно необхідних інвестицій у сферу охорону здоров'я; підвищенню мотивації та стимулювання діяльності медичного персоналу. Запровадження такого інструментального підходу має супроводжуватись, на думку В.М.Лехана та В.М.Рудого, «створенням принципово нових структурно-функціональних моделей, які б відповідали сучасним вимогам для забезпечення зростаючих потреб у медичній допомозі, з одного боку, та стабілізації чи стримуванні зростання витрат на охорону здоров'я – з іншого» [26]. За таких умов чітко артикулюється функціональна роль держави щодо забезпечення конституційних прав громадян на отримання безоплатної доступної та якісної медичної допомоги в медичних закладах різного рівня власності та проведення структурних змін у сфері ОЗ. Це, на думку дослідників, безпосередньо зумовлює об'єктивну доцільність збільшення обсягів фінансування медичної допомоги, «зміну системи підготовки медичних кадрів, впорядкування медикаментозного забезпечення населення, широкого залучення громадськості до управління галуззю, впровадження інституту лікарського самоврядування» [26].

Відтак, варто також відзначити, що перетворення здоров'я нації на загальнонаціональний пріоритет розвитку держави має супроводжуватися запровадженням гнучких стратегічних підходів до оптимізації сфери ОЗ та перетворення її на інструмент гарантування національної безпеки держави. Це стосується вирішення таких прикладних питань, до яких світові та вітчизняні експерти зараховують:

- розробку та прийняття законодавчих актів щодо особливостей діяльності закладів ОЗ та технології надання медичних послуг [21];
- запровадження системи екстреної медичної допомоги та створення і впорядкування нормативної бази відповідних підзаконних актів [1, С.197–204];
- проведення поетапної структурної реорганізації галузі ОЗ, що передбачає: розмежування первинного, вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги; подальший розвиток інституту сімейного лікаря, створення міжрайонних та міжміських об'єднань комунальних некомерційних підприємств (госпітальних округів) [3];
- будівництво високоспеціалізованих центрів та університетських клінік і реорганізацію системи надання екстреної медичної допомоги [15];
- формування національної системи єдиних економічно обґрунтованих тарифів на медичні послуги [26];
- удосконалення законодавства у сфері боротьби з виробництвом і розповсюдженням фальсифікованих та неякісних лікарських засобів і виробів медичного призначення.

У контексті аналізу стратегічних завдань ОЗ України особливу увагу варто акцентувати на параметрах підвищення якості медичної допомоги – стратегічної мети продовження тривалості та якості життя громадян. До таких параметрів традиційно належать:

- розробка та впровадження стандартів медичної допомоги і клінічних протоколів на засадах доказової медицини;
- запровадження системи індикаторів якості діяльності закладів ОЗ;
- удосконалення системи акредитації закладів ОЗ та ліцензування медичної практики на підставі об'єктивних критеріїв;
- створення дійових механізмів мотивації медичного персоналу для підвищення якості медичних послуг [21, С. 44–52].

У межах даного аналізу особливу увагу варто також акцентувати на вдосконаленні кадрової політики у сфері ОЗ як одному із стратегічних завдань

ефективності її функціонування та результативності перетворення на структурну складову забезпечення національної безпеки держави. Щодо цього виразняється стратегічна доцільність «реформування системи підготовки та перепідготовки медичних і фармацевтичних працівників з урахуванням вітчизняного та міжнародного досвіду; запровадження підготовки менеджерів з ОЗ, у т.ч. шляхом здобуття другої вищої освіти; посилення соціального захисту працівників системи ОЗ, у т.ч. шляхом підвищення розміру заробітної плати» [5].

Одним із стратегічних завдань ОЗ України також виступає удосконалення системи профілактики захворювань. Основними інструментами його реалізації є:

- запровадження ефективної диспансеризації населення;
- створення матеріальних і моральних стимулів для ведення та популяризації здорового способу життя населення;
- стимулювання профілактичних заходів із проведенням постійної роз'яснювальної роботи серед населення, що включає: диспансерний огляд населення відповідно до державного клінічного протоколу обстеження громадян; створення у містах, районах державних і комунальних підприємств, оздоровчих установ для надання послуг населенню за фіксованими цінами;
- активізація просвітницької роботи з метою відновлення довіри до вакцинації та забезпечення необхідного рівня охоплення населення щепленням відповідно до Календаря профілактичних щеплень в Україні, адекватного фінансування заходів імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб [51, С. 125–132].

У контексті деконструкції вітчизняної системи ОЗ та переорієнтації її на новітні цивілізаційні пріоритети щодо реалізації системних структурних реформ у сфері ОЗ стратегічним завданням виступає забезпечення розвитку державно-приватного партнерства. Реалізація даного завдання передбачає запровадження «інвестиційних проєктів у сфері ОЗ шляхом залучення приватного капіталу та інших джерел фінансування» [53]. Це безпосередньо

служуватиме створенню сприятливих передумов для переходу на страхову модель, що, на думку Т. Х. Тульчинського та Е.А.Варавікова, дасть змогу:

- знизити коефіцієнт материнської смертності до 13 на 100 тис. народжених живими;
- знизити передчасну смертність на 25%;
- знизити смертність від туберкульозу на 30%;
- підвищити в загальній чисельності лікарів частку лікарів загальної практики / сімейної медицини з 4% до 8–10%;
- скоротити частку домогосподарств, у яких протягом року хтонебудь із їх членів при потребі не зміг одержати медичну допомогу, придбати ліки та медичне обладнання;
- скоротити частку тіньових платежів у системі медичного обслуговування з 10–15% до 5–7% [53].

Таким чином, здійснений нами аналіз стратегічних завдань ОЗ України та інструментів їх реалізації дозволив ідентифікувати низку проблем. До таких проблем безпосередньо належить низький рівень фінансового забезпечення ОЗ; невідповідності стану медичних закладів та якості медичних послуг інноваційному рівню розвитку науки; низька інвестиційна синергія у сфері ОЗ; відсутність належної мотивації та достатніх ресурсних стимулів для медичних працівників. Це безпосередньо підтверджує об'єктивну доцільність запровадження нових структурно-функціональних змін у сфері ОЗ, які, з одного боку, відповідали б потребам населення щодо отримання відповідної медичної допомоги, а з другого – боку збалансували витрати на медичну сферу з боку держави в корекції з конкретними вимогами населення. Такий аспект конкретизує зміст основних стратегічних завдань, що постають перед ОЗ як структурною складовою забезпечення національної безпеки України, реалізація яких передбачає запровадження низки інструментів, серед яких: модернізаційне реформування системи ОЗ; запровадження її структурної реорганізації; удосконалення системи її фінансового забезпечення; забезпечення гарантованого обсягу медичної допомоги громадянам;

оптимізація системи профілактики захворювань; удосконалення кадрової політики; розвиток державно-приватного партнерства шляхом запровадження новітніх форм реалізації інвестиційних проєктів.

ВИСНОВКИ

1. Досліджено сутність громадського здоров'я як структурної умови соціогуманітарного розвитку держави, що виступає вимірною лінійкою для спостереження за показниками якості життя громадян, характеризуючи відповідні соціально-побутові умови та стан навколишнього середовища. В інтегрованій взаємодії вони забезпечують ефективність функціонування соціальних інститутів, які слугують сталому розвитку суспільства; залежно від того, наскільки результативно побудована вертикаль захисту біологічних інтересів держави, до яких і структурно входить здоров'я, настільки державі вдається забезпечити «оптимальний рівень якості та безпеки життєдіяльності громадян».

Розмежовано сутність понять «здоров'я населення» (природне, абсолютне та невичерпне благо, що є складовою частиною економічного фактору результативної праці як ресурсу працездатності, від якого залежить продуктивність праці та рівень задоволення потреб), «громадське здоров'я» (інституційна система індикаторів забезпечення якісного життя, прерогатива реалізації якої належить державі, особистості та системі ОЗ) та «індивідуальне здоров'я» (синергічна система індикаторів, що забезпечують життєдіяльність людини і лежать у сфері її особистісної компетентності).

Обґрунтовано дефрагментарну роль держави у процесах ОЗ в умовах кризи, що полягає у формуванні потужної ресурсної бази, яка включає кадровий та інноваційно-технологічний потенціал у сфері ОЗ (коли вона володіє належним ресурсним потенціалом щодо ОЗ своїх громадян).

2. Ідентифіковано основні причини кризи у сфері ОЗ, які слугують дефрагментації ролі держави у даному процесі: різке скорочення фінансування на реалізацію відповідних дослідницьких та профілактичних проектів у сфері ОЗ; порушення єдності правил системного управління, розрив між компонентами та важелями управління системою ОЗ; збереження «інерційних

демографічних показників» формування ефективної практики громадського здоров'я.

Визначено основні завдання держави щодо забезпечення здоров'я громадян: 1) стимулювання розвитку знань про здоров'я громадян та його охорону; 2) профілактика здоров'я громадян; 3) ефективне управління ОЗ за відповідними параметрами: профілактика, лікування, кадрова політика, ресурсне забезпечення, адміністрування.

Систематизовано політичні та державно-управлінські заходи ОЗ громадян в умовах кризи, серед яких: а) реформування системи ОЗ, яка має стати основою для прийняття політичних та державно-управлінських рішень за активної участі професійного співтовариства та інституцій громадського суспільства, сформованих за принципом виключного відстоювання професійних інтересів; б) розроблення та затвердження низки програмних заходів (наприклад Загальнонаціональної програми «Здоров'я 2030»), які б дозволили запровадити системні, послідовні, узгоджені дії на всіх рівнях владної вертикалі, спрямовані на створення нових інститутів ОЗ, здатних повернути систему до конкретної людини; запровадження відповідних стратегічних програм збалансованої модернізації, що мають забезпечити стратегічний та інноваційний розвиток системи ОЗ і сприяти підвищенню показників її ефективності; проведення системних реформ у сфері ОЗ, які мають забезпечити суттєві структурно-функціональні зміни у даній галузі, змінити структуру вітчизняної системи ОЗ, схему її фінансування, механізми управління ефективністю та підвищення інституційної спроможності щодо надання якісної медичної допомоги (стандартизація медичної допомоги як стратегічної умови забезпечення її ефективності).

3. Проаналізовано міжнародний досвід ОЗ нації як пріоритет публічного управління держав, урахувавши їх індивідуально-типологічні особливості, структуру та динаміку розвитку. Встановлено, що у більшості держав запроваджуються різні стратегії оптимізації системи ОЗ та забезпечення її максимальної відповідності інтересам і потребам населення.

Концептуально показано, що світовий ринок ОЗ традиційно поділяється на кілька сегментів, кожен із яких визначає її функціональну спроможність щодо забезпечення національних інтересів держави.

Серед них: товарний сегмент (визначає рівень представництва держави на світовому ринку лікарських препаратів та ринку медичної техніки); сегмент медичних та освітніх послуг (включає: а) надання швидкої та невідкладної допомоги; б) лікування захворювань і підтримку на певній стадії хронічних захворювань та інвалідності; в) профілактику); сегмент інновацій (характеризується кількістю результатів наукових досліджень, патентних ліцензій, ноу-хау, програмних продуктів, навчальних програм). Визначено стратегічні завдання ОЗ України як структурної складової соціогуманітарного розвитку держави, які мають слугувати оптимальному вирішенню нагальних проблем медичної сфери. Серед яких:

- поліпшення здоров'я всього населення, відповідність запитам і потребам людей, забезпечення справедливості в розподілі фінансових ресурсів, доступність для усіх до наявних ресурсів (долаючи диспропорцію на рівні міських і сільських територій);

- гарантування фундаментального права людини на здоров'я, як основи економічного і соціального розвитку, політичної стабільності й найважливішого критерію життя кожної людини, сім'ї, громади держави;

- запровадження ефективних та дійових інструментів розширення переліку якісних медичних послуг для населення, формування розгалуженої мережі закладів ОЗ та забезпечення її кваліфікованими медичними кадрами, розвиток державно-приватного партнерства.

Обґрунтовано стратегічну доцільність участі держави у пропагуванні здорового способу життя та запровадженні відповідних профілактичних заходів як інструменту соціальної та економічної безпеки держави. На цій основі доведено, що перетворення здоров'я нації на загальнонаціональний пріоритет розвитку держави має супроводжуватися запровадженням гнучких стратегічних підходів до оптимізації сфери ОЗ.

Інструментарій реалізації стратегічних завдань ОЗ України включає: а) демонополізацію та дебіюрократизацію управління; запровадження індикативних правових засад функціонування ОЗ, які ґрунтуються на кращих світових практиках функціонування та розвитку систем ОЗ; запровадження механізмів міжсекторальної координації і взаємодії в інтересах здоров'я населення; створення ефективної системи кадрового забезпечення, що відповідає потребам галузі в її кількісному та якісному аспектах; запровадження системи науково-методичного забезпечення діяльності й розвитку системи ОЗ, яка відповідає нагальним і стратегічним потребам галузі; створення раціональної структури ОЗ, що гарантуватиме високу доступність та якість необхідних населенню послуг; запровадження ефективного оперативного управління та стратегічного планування у сфері ОЗ; створення мережі закладів ОЗ, яка передусім володітиме технологічно інноваційною інфраструктурою та відповідатиме потребам населення; запровадження належного рівня фінансування ОЗ; кореляція застосування медичних технологій рівню розвитку науки, об'єктивно необхідних інвестицій у сферу ОЗ; підвищення мотивації та стимулювання діяльності медичного персоналу; створення принципово нових структурно-функціональних моделей, які відповідатимуть сучасним вимогам для забезпечення зростаючих потреб у медичній допомозі; розробка та прийняття законодавчих актів щодо особливостей діяльності закладів ОЗ; запровадження системи екстреної медичної допомоги; проведення поетапної структурної реорганізації галузі ОЗ; будівництво високоспеціалізованих центрів та університетських клінік; формування національної системи єдиних економічно обґрунтованих тарифів на медичні послуги; удосконалення законодавства у сфері боротьби з виробництвом і розповсюдженням фальсифікованих та неякісних лікарських засобів.

4. Досліджено публічне управління України у сфері забезпечення громадського здоров'я як оптимізаційний інструмент захисту національної безпеки держави. На основі цього систематизовано фундаментальні проблеми

державної політики України у сфері забезпечення громадського здоров'я, серед яких: незадовільний стан здоров'я населення; нераціональна організація системи надання медичної допомоги; брак сучасних медичних технологій та недостатнє володіння ними; низький рівень поінформованості про сучасні медичні технології, засоби збереження здоров'я та активного дозвілля; недостатність фінансових ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи ОЗ; практична відсутність ринку медичних послуг; недосконалість нормативно-правових актів, які впливають на створення умов для поліпшення стану здоров'я населення.

Обґрунтовано доцільність здійснення модернізаційного реформування системи ОЗ України як структурної складової запровадження програмних заходів держави щодо забезпечення здоров'я нації, яке сприятиме стратегічному зміцненню сфери ОЗ та сфери національної безпеки в цілому; розроблено основні його напрями, серед яких: підвищення ефективності функціонування системи ОЗ; підвищення якості медичного обслуговування; підвищення доступності лікарських засобів; запровадження соціального медичного страхування; впровадження професійного менеджменту; моніторинг та аналіз показників здоров'я, доступності та ефективності медичної допомоги.

Встановлено, що модернізаційне реформування медичної галузі для того, аби гарантувати мультиплексну результативність у напрямі зміцнення потенціалу здоров'я нації, акцентує запровадження «базового стандарту якості загальнодоступної медичної допомоги», який дозволить забезпечити дотримання державних соціальних нормативів та єдиних галузевих норм щодо реалізації державної політики у сфері ОЗ. Це передбачає реалізацію двох стратегічних завдань, зокрема необхідність сформувати:

- 1) «сектор загальнодоступної медичної допомоги», який забезпечуватиме охорону, зміцнення та відновлення здоров'я населення з використанням технологій, що визначаються базовим стандартом якості загальнодоступної медичної допомоги;

2) «сектор додаткових можливостей», який сприятиме задоволенню потреб громадян в охороні здоров'я, що передбачає використання технологій, рівень яких перевищує загальнодоступні стандарти.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Ресурси системи охорони здоров'я в умовах війни. НПСД. <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/resursy-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh-viyny-zhovten-2022r>
2. Вашев О. Є., Рогова О. Г., Пустовойт Т. Б. Сучасні правові механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я та проблеми формування галузі медичного права. *Теорія та практика державного управління: зб. наук. пр.* Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр». 2014. Вип. 4 (47). С. 197–204.
3. Державне управління охороною здоров'я України: монографія / [Лазоришинець В.В., Слабкий Г.О., Ярош Н.П., Чепелевська Л.А., Шевченко М.В., Кутуза А.С., Ціборовський О.М., Істомин С. В., Кондратюк Н.Ю., Кучеренко Н.Т., Тяпкін Г.М.]. К., 2014. 312 с.
4. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році: Постанова Кабінету Міністрів України від 5 лютого 2020 р. № 65. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF#Text>
5. Європейська база даних ВООЗ «Здоров'я всім». Інформація та фактичні дані. http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html
6. Зміни в Держбюджеті-2020: видатки на медицину збільшено на 15,8 млрд грн. <https://www.auc.org.ua/novyna/zminy-v-derzhbyudzheti-2020-vydatky-na-medycynu-zbilsheno-na-158-mlrd-grn>
7. Здоров'я-2030: Основи Європейської політики на підтримку дій усієї держави та суспільства на користь здоров'я та благополуччя. Копенгаген: Євр. реєстр. бюро ВООЗ, 2022. <http://www.spd.de/servlet/PB/menu/1010261/index.html>
8. Здоров'я-2020: Основи європейської політики та стратегія для XXI століття. Копенгаген: Євр. реєстр. бюро ВООЗ, 2013. 399 с.
9. Здоров'я-2021: Основи політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ. Євр. серія «Здоров'я для всіх» №6. Копенгаген,

2016. 308 с.

10. Principles to guide health system recovery and transformation in Ukraine. Consultation draft. May 2022 / World Health Organization. 2022. 01 May. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/538376/Ukraine-health-system-rec-consult-eng.pdf

system-rec-consult-eng.pdf

11. Історія системи охорони здоров'я в Великобританії. svobodanews.ru/content/transcript/1882910.html

12. Кланца А. І. Громадське здоров'я як структурна складова соціогуманітарного розвитку України. Публічне управління XXI ст.: традиції та інновації : зб. тез XVII Міжнар. наук. конгресу (Харків, 27 квіт. 2017) Х. : Вид-во ХарПІДУ «Магістр», 2017. 544 с. С. 304-307.

13. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави.: монографія. Київ : ІПК ДСЗУ, 2018. 528 с.

14. Кланца А. І. Демографічна політика держави та механізми її реалізації. Економіка і держава. 2018. № 8. С. 56-62.

15. Кланца А. І. Демографічні моделі збереження громадського здоров'я та їх вплив на національну безпеку України. Вісник НАДУ. 2018. №2(89). С. 53-59.

16. Князевич В.М. Наукове обґрунтування оптимізації системи інтенсивної медичної допомоги населенню України: автореф. дис. д-ра мед. наук. К., 2009. 39 с.

17. Конституція України від 2 черв. 2016 р. № 1401-VIII. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>

18. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України : Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 // Офіційний вісн. України. 2000. № 49. Ч.1. 216 с.

19. Кризина Н. П. Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях українських учених. <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf>

20. Курченко В.З. Перспективи модернізації лікувально-

профілактичної допомоги населенню. *Громадське здоров'я і охорона здоров'я XXI століття*. Київ, 2016. С. 23-26.

21. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. К.: Четверта хвиля, 2009. 353 с.

22. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Волчек В.В. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2008. Т. 2, № 2. С. 44-52

23. Медичне обслуговування в Великобританії. otherreferats./medicine/00008435_0.html

24. НСЗУ досі не готова до війни. Чому страждають і лікарі, і пацієнти? ZN.UA. 2022. 29 вер. <https://zn.ua/ukr/HEALTH/nszu-dosi-ne-hotova-do-vijni-chomu-strazhdajut-i-likari-i-patsijenti.html>

25. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 30.01.2018 № 2801-ХІІ. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

26. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Спільний звіт / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. К.: Вид-во Раєвського, 2005. 168 с.

27. Основи політики та стратегія Здоров'я-2020. Здоров'я-2020: основи європейської політики та стратегія для XXI століття. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2013. 468 с.

28. Охорона здоров'я Англії: погляд економістів. parcom.ru/publ/info/574

29. Охорона здоров'я у Великобританії. sunhome.ru/journal/117026.

30. Пархоменко Г.Я., Якимець В.М. Проблеми у системі охорони здоров'я України та обґрунтування необхідності їх вирішення. *Україна: здоров'я нації*. file:///C:/Users/Inna/Desktop/Uzn_2011_1_10.pdf

31. Поживілова О. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: стан та перспективи розвитку. *Державне управління та місцеве самоврядування* : зб. наук. пр. Д. : ДРІДУ НАДУ, 2011. Вип. 1 (8). С. 122-132.

32. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення: Закон України від 24.02.1994 № 4004-ХІІ. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/4004-12>

33. Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення: Закон України від 23.12.2010 № 2861-VІ. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2861-17>.

34. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 06.04.2000 № 1645-ІІІ. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1645-14>.

35. Про державно-приватне партнерство: Закон України від 01.07.2010 № 2404'VІ. База даних «Законодавство України». Верховна Рада України. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws>

36. Про заходи протидії поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19) та захисту всіх систем життєдіяльності країни від негативних наслідків пандемії та нових біологічних загроз: Постанова Верховної Ради України від 20 жовтня 2020 р. № 937-ІХ. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/937-20#Text>

37. Про лікарські засоби: Закон України від 04.04.1996 № 123/96- ВР. <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80>.

38. Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація»: Указ Президента України від 9 лютого 2016 року № 42/2016. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/42/2016>

39. Правові проблеми сучасної трансформації охорони здоров'я: збірник матеріалів науково-практичного круглого столу (м. Запоріжжя, 23 травня 2019 р.) / за заг. ред. Ю.М. Колесника. Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. 148 с. https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/24510/1_202019_2.pdf

40. Про протидію захворюванню на туберкульоз: Закон України від 05.07.2001 № 2586-ІІІ. <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2586-14>.

41. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22.02.2000 № 1489-ІІІ. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>.

42. Про схвалення Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020»:

розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 № 1164р. База даних «Законодавство України». Верховна Рада України.
<http://zakon2.rada.gov.ua/laws>

43. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80/page>

44. Проєкт Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України. наданий Експертною платформою «ПРОСВІТА»
<http://www.apteka.ua/article/431762>.

45. Реформа охорони здоров'я в Великобританії. health.gov.uk.

46. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення / авт. тексту Т. П. Попченко. К., НІСД, 2011. 41 с.

47. Рингач Н.О. Здоров'я як складова людського капіталу та запорука розвитку. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*. Економічні науки. 2016. Вип. 11. С. 249-258.
http://nbuv.gov.ua/UJRN/vkpnuen_2016_11_36.

48. Рингач Н. О. Оцінка досягнення Цілі Розвитку Тисячоліття щодо зниження дитячої смертності в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2013. № 2. С. 28-39. http://nbuv.gov.ua/UJRN/dse_2013_2_5.

49. Ukraine: 1,000 Ukrainian patients transferred to European hospitals / European Commission. 2022. 05 Aug.
https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_22_4882

50. Система охорони здоров'я Англії повинна бути принципово реформована В». medlinks.ru/article.php?sid=34138

51. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения / Josep Figueras, Martin McKee, Suszy Lessof, Antonio Duran, Nata Menabde. ВОЗ, 2008. С. 125–132.

52. Ткачова Н.М. Напрями реформування державної політики в сфері

охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. № 8. 2018. С. 83 – 86.

53. Тульчинський Т.Х., Варавікова Є.А. Нова громадська охорона здоров'я: запровадження сучасної науки. Єрусалим: Amutah for Education and Health, 2015. 1049 с.

54. Худоба О. Система охорони здоров'я в Україні : термінологічний аналіз. *Ефективність державного управління* : зб. наук. пр. Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України. Вип. 21 [за заг. ред. чл.-кор. НАН України В.С. Загорського, доц. А.В. Ліпінцева]. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2009. С. 145-150.

55. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за заг. ред. О. С. Мусія. К., 2014. 405 с.

56. Ярош Н.П. Наукове обґрунтування ролі та місця обласної лікарні в системі охорони здоров'я на сучасному етапі реформування сектора: Автореферат дис. канд. мед. наук. Київ, 2001.

57. Active ageing strategy 2016–2021. Belfast: Northern Ireland Executive; 2016. (<https://www.ofmdfmi.gov.uk/publications/active-ageing-strategy-2016-2021>).

58. Bayramov V.D., Volkov Y.G., Posukhova O.Y., Lyausheva S.A., Samygin S.I. Multiculturalism: discursive practices. *Review of European Studies*. 2016. Т. 7. № 7. С. 195-200.

59. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I (eds). *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2016: 137–173.

60. Bertelsmann Stiftung (2016). *Wegweiser Kommune: Daten und Visualisierungen* [Community guide: data and visualizations] [website]. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. (<http://www.wegweiser-kommune.de>).

61. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016.

<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34072?sequence=4&isAllowed=y>

62. Geneva, WHO.2016, P. 204-211, P. 192-199. <http://www.worldbank.org>
63. Gilson L, ed. Health policy and systems research: a methodological reader. Geneva, World Health Organization, 2016. http://www.who.int/alliancehpsr/resources/alliancehpsr_abridgedversionreaderonline.pdf?ua=1
64. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2016. <http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>.
65. Human Development report 2014: Cultural liberty in today's diverse world. NY, 2016. P. 28-41.
66. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017. 417 p.
67. Menec V, Bell S, Novek S, Minnigaleeva GA, Morales E, Ouma T et al. Making rural and remote communities more age-friendly: experts' perspectives on issues, challenges, and priorities. *J Aging Soc Policy*. 2015; 27(2):173–191. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25647697>).
68. Paris budget participatif [Paris participatory budget] [website] (in French). Paris: Mairie de Paris ([https:// budgetparticipatif.paris.fr](https://budgetparticipatif.paris.fr)).
69. Public Health Agency of Canada (2015). Age-friendly communities evaluation guide: using indicators to measure progress. Ottawa: Public Health Agency of Canada. (<http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/indicateurs-indicateurs-eng.php>).
70. Reeves, A., Stuckler, D. and McKee, M. (2017) Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America prevent able tragedies in Europe and North America's great recessions, *British Journal of Psychiatry*. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.144766
71. Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Boston: Houghton Mifflin, 2016. 656 p. <http://depts.washington.edu/methods/readings/Shadish.pdf>
72. West Midlands Public Health Observatory (2013). The older people's

health and well-being atlas [online database]. Birmingham: West Midlands Public Health Observatory. <http://www.wmpho.org.uk/olderpeopleatlas/Atlas/atlas.html>).

73. Health People 2000. National Health Promotion and Disease Prevention Objectives (U.S. Department of Health and Human Services). Washington, 2016.

74. Відновлення медичної системи після наслідків війни коштуватиме щонайменше 14,6 млрд євро / Урядовий портал. 2022. 30 вер. <https://www.kmu.gov.ua/news/vidnovlennia-medychnoi-systemy-pislia-naslidkiv-viiny-koshtuvatyme-shchonaimenshe-146-mlrd-ievro>

75. Вплив війни на психічне здоров'я – колосальний – Віктор Ляшко / Міністерство охорони здоров'я України. 2022. 07 черв. <https://moz.gov.ua/article/news/vpliv-vijni-na-psihichne-zdorov%e2%80%99ja---kolosalnij---victor-ljashko>

76. Ukraine health crisis worsens as medics work amid shelling, WHO says. Reuters. 2022. 04 Aug. <https://www.reuters.com/world/europe/ukraine-health-crisis-worsens-medics-work-amid-shelling-who-2022-08-04/>