

Вищий навчальний заклад «УНІВЕРСИТЕТ «КРОК»
Навчально-науковий інститут медицини
Кафедра прикладної медицини

Кімуржи Наталя Іванівна

УДК 37.018.43

Дипломна робота

На тему: «Управлінські аспекти розвитку охорони громадського здоров'я
в Україні»

Спеціальність 229 Громадське здоров'я

Освітня програма: Громадське здоров'я

Подається на здобуття освітнього ступеня ‘магістр’

Дипломна магістерська робота містить результати власних доробок.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело.

_____ **Н.І. Кімуржи**
(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник – Солоненко Іван Миколайович,
доктор медичних наук, професор

(прізвище, ім'я, по батькові,
науковий ступінь, вчене звання)

Київ – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	8
1.1. Актуальність проблеми здоров'я людини в суспільстві і шляхи її розв'язання	8
1.2. Теоретичні засади формування системи громадського здоров'я	12
1.3. Методологія формування здорового способу як складової громадського здоров'я	16
РОЗДІЛ 2 РОЛЬ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У РЕФОРМУВАННІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	23
2.1. Наукові засади реформування державного управління охороною громадського здоров'я	23
2.2. Обґрунтування напрямів удосконалення адміністративного управління системою охорони громадського здоров'я.....	27
2.3. Регіональна політика як провідний чинник у розвитку системи охорони громадського здоров'я України	30
РОЗДІЛ 3 ОБГРУНТУВАННЯ НАПРЯМІВ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІНСЬКИХ АСПЕКТІВ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	35
3.1. Роль профілактичних технологій в управлінні охороною громадського здоров'я.....	35
3.2. Адміністративно-територіальна реформа та удосконалення управління охороною громадського здоров'я	41
3.3. Правові підходи щодо сприяння здоровому способу життя населення України	52
ВИСНОВКИ	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	64

ВСТУП

Актуальність теми. Характерною рисою сучасного українського суспільства є те, що воно як складна соціальна система перебуває в стані істотного реформування практично всіх її підсистем - економічної, політичної, соціальної. Незважаючи на те, що охорону здоров'я прийнято відносити до соціальних складових суспільства, ця галузь насправді є відбитком стану всіх трьох складових та процесів перетворень у них. У зв'язку із цим процеси реформування в усіх трьох галузях управління суспільством впливають на рівень громадського здоров'я - народжуваність, захворюваність, інвалідність, смертність та на інтегрований показник - середня очікувана тривалість життя населення.

Рівень здоров'я є особистісною характеристикою людини, що забезпечує їй можливість самореалізації, конкурентоспроможності в суспільстві, у досягненні певної якості життя. З іншого боку, забезпечення оптимальної якості життя населення є метою перетворень в соціальній, економічній, політичній сферах життєдіяльності суспільства. Таким чином, здоров'я людини і населення в цілому, становить органічну складову прогресу суспільства як цілісної системи і забезпечується багаторівневим державним та місцевим управлінням.

Становлячи багаторівневу систему, управління охороною здоров'я в реформуванні галузі й управлінні реформаторськими перетвореннями вимагає єдиного наукового системного підходу з урахуванням усіх особливостей і проблем галузі.

Суттю системної методології, в першу чергу, є необхідність визначення структурно-функціональних складових системи, визначення системоутворюючих механізмів та закономірностей їх дії. Щодо системи охорони громадського здоров'я та управління процесами й трансформаціями в

ній, то вона є структурно-функціональною частиною загального управлінського поля й має внутрішні функціональні структури.

Незважаючи на те, що в даний момент уся система управління містить значну кількість змінних величин, орієнтуватись можна на їх певні закономірності. В Україні за спостереженнями експертів Світового банку загальний коефіцієнт смертності протягом останніх п'яти років зріс на 14,7%, при зростанні загальноєвропейського показника на 6,6%. Смертність від серцево-судинних хвороб зросла на 39,7%, від злоякісних утворень - на 4,5%, травм і отруєнь – 23,2%, хвороб органів дихання- на 32,7%. Смертність немовлят (до 1 року) в Україні перевищує середній показник в Європі в 2 рази.

Таким чином, стан здоров'я населення України можна оцінити як незадовільний, що залежить як від індивідуальних, так і від соціальних чинників. Це дозволяє стверджувати, що покращення стану охорони громадського здоров'я населення України не може бути забезпечене однією галуззю – системою охорони здоров'я, і управлінські рішення з реформування галузі повинні враховувати відкритість системи та її взаємозв'язки з іншими системами або галузями управління з єдиною кінцевою метою – забезпечення охорони здоров'я громадян.

Оптимальних в усіх відношеннях управлінських рішень, як відомо, не існує. Рішення вважається оптимальним, якщо воно відповідає закономірностям динамічної послідовності, а саме : кожне наступне рішення має бути більш оптимальним, ніж попереднє; рішення має бути достатньо перешкодостійким і разом з тим придатним до змін; кожне рішення повинно додавати стійкості системі, але й закладати можливості до змін. Можна вважати, що система охорони громадського здоров'я характеризується як загальними для всіх систем закономірностями розвитку і управління ними, так і має специфічні якості, тому що об'єктом її функціонування є здоров'я людини – міжгалузева або надгалузева категорія управління [8, 22, 23].

У даній роботі досліджено основні управлінські аспекти у формуванні громадського здоров'я населення України, а саме: сучасні проблеми управління процесами реформування охорони здоров'я громадян України; розглянуто теперішню ситуацію в галузі охорони здоров'я; роль державного управління в реформуванні системи охорони здоров'я; перспективи існування сучасної системи охорони здоров'я в Україні; роль профілактичних технологій в управлінні охороною здоров'я; вплив адміністративної реформи на формування громадського здоров'я; законодавче та нормативне забезпечення діяльності з формування громадського здоров'я.

Обґрунтуванню удосконалення управлінських аспектів охорони громадського здоров'я присвятили свою увагу багато українських вчених, зокрема В.Алькема, Т.Грузева, А.Єна, Л.Жаліло, В.Князевич, В.Москаленко, Н.Полька, Л.Сабліна, А.Сердюк, Г.Слабкий, І.Солоненко та інші. Не зважаючи на значну кількість досліджень, присвячених управлінським аспектам в системі охорони громадського здоров'я можливі шляхи їх розвитку відповідно до сучасних суспільних вимог не достатньо висвітлені.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Наукові дослідження автора, викладені у дипломній роботі, проведені в межах науково-дослідної роботи кафедри прикладної медицини Навчально-наукового інституту медицини Вищого навчального закладу "Університет КРОК" на тему "Розробка організаційно-правових засад антикризового управління охороною громадського здоров'я на регіональному рівні в Україні" (номер державної реєстрації 0121U110471; термін виконання 2021-2023 рр.).

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження є обґрунтування напрямів розвитку управлінських аспектів й міжгалузевих механізмів оптимальної взаємодії, спрямованих на удосконалення охорони громадського здоров'я в Україні та розробка практичних рекомендацій з їх впровадження.

Для досягнення визначеної мети сформульовано такі *завдання*:

- провести аналіз сучасних теоретико-методологічних підходів до вивчення напрямів розвитку управлінських аспектів й міжгалузевих механізмів взаємодії, спрямованих на удосконалення охорони громадського здоров'я в Україні ;
- здійснити порівняльний аналіз стану громадського здоров'я в Україні, як об'єкту управління, та в окремих країнах світу ;
- визначити основні чинники, які впливають на стан громадського здоров'я в Україні та управління ними;
- дослідити особливості управлінських механізмів охороною громадського здоров'я в Україні та обґрунтувати напрями їх удосконалення ;
- розробити практичні рекомендації щодо підвищення ефективності управління у сфері охорони громадського здоров'я стосовно потреб населення щодо індивідуального та популяційного здоров'я.

Об'єкт дослідження – система управлінських механізмів охорони громадського здоров'я.

Предмет дослідження – правові засади та організація управлінських механізмів охорони громадського здоров'я.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань було використано комплекс наукових методів дослідження. Методологічною основою дослідження стали системний та структурно-функціональний підходи, які дозволили проаналізувати діяльність системи охорони громадського здоров'я в Україні, оцінити ефективність механізмів управління та розробити напрями їх удосконалення.

Інформаційну базу досліджень складають дані Державної служби статистики України, чинні нормативно-правові акти України, Цільові державні програми, а також наукові праці українських і зарубіжних учених з теоретико-

методологічних засад механізмів управління охороною громадського здоров'я в Україні.

Практичне значення одержаних результатів. Практичне значення отриманих результатів визначається тим, що основні теоретичні положення дипломної роботи доведені до рівня конкретних пропозицій у формі, придатній для використання органами державного управління та місцевого самоврядування.

Апробація результатів дипломної роботи.

Основні положення й результати дипломної роботи обговорені на засіданні кафедри прикладної медицини Навчально-наукового інституту медицини Вищого навчального закладу "Університет КРОК" (протокол № 37 від 10 листопада 2021 року).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

1.1. Актуальність проблеми здоров'я людини в суспільстві і шляхи її розв'язання

Формування та реалізація державної політики в галузі охорони громадського здоров'я базується на прийнятті управлінських рішень, і методологічна база цієї важливої частини державного управління галуззю складається з методології управління як процесу і методології охорони здоров'я як суб'єкта управління.

Слід виходити з того, що формування політики у сфері охорони здоров'я прямо або опосередковано базується на Конституції України, чинному законодавстві, політичних рішеннях, які приймаються всіма гілками влади, їх накази та розпорядження [1].

Реформування системи управління стратегічно і тактично, зазвичай, базується на наукових розробках, які адаптують об'єктивні закономірності управління до національних умов. Реформування управління охороною громадського здоров'я, як показав досвід багатьох країн, є найбільш складним у зв'язку з тим, що в ньому мають узгоджуватись інтереси населення, галузі і суспільства, загалом.

В Україні при реформуванні управління охороною громадського здоров'я в основному використовується досвід багатьох країн, що ж до національних умов реформування як зовнішнього середовища функціонування системи охорони здоров'я, то в кращому разі ситуація аналізується статистично, але без застосування глибокої наукової методології.

Перспективним можна вважати системний підхід до наукового обґрунтування реформ в охороні громадського здоров'я, який включає досить широке поле питань, органічно пов'язаних між собою. Науковий підхід до реформування управління системою охорони здоров'я населення насамперед дає змогу з'ясувати, який принцип буде покладено в основу реформ. І хоча зрозуміло, що завданням системи залишається охорона здоров'я, сучасні уявлення про здоров'я як тривалий у часі процес біосоціального благополуччя людини висувають перед галуззю проблему організації більш широкого управлінського поля, завдяки якому з'явиться можливість реально управляти станом здоров'я населення. Важливим є те, що людині в такому підході відведена активна, дійова роль у підтримці власного здоров'я, що потребує необхідної освітньої підготовки і управлінської її організації [9, 21].

Соціологічні дослідження перехідного періоду дали змогу усвідомити закономірності його впливу на людину і суспільство в цілому. Як людина, так і суспільство в перехідний період зазнають змін, які відображаються на їх біосоціальній суті.

Аналіз стану охорони громадського здоров'я з динамікою суспільних процесів на прикладі низки країн, виявив пряму залежність між станом охорони здоров'я і економічною нерівністю. Так, серед 20% найбіднішого населення смертність у 1,5-2 рази вища, ніж серед 20% найбагатшої групи населення. Таку саму закономірність автор спостерігав і стосовно очікуваної тривалості життя. Спостереження антропологів свідчать, що серед більш забезпечених людей переважають особи, вищі на зріст, міцніші, з оптимальною масою тіла. Разом з тим, високий кореляційний зв'язок між економічною незабезпеченістю і незадовільним станом здоров'я спостерігається, якщо не забезпечуються фізіологічні потреби (нерациональне харчування). У цьому разі існують більш складні закономірності взаємодії між станом здоров'я і матеріальним становищем. Тут починають впливати такі

фактори, як соціальна нерівність і несправедливість, рівень освіти, культури тощо. Більш забезпечені і освічені люди не тільки мають більший доступ до медичних послуг, а й вищий рівень культури здоров'я, сприймають позитивно програми підтримки здоров'я тощо.

Інакше кажучи, на відповідний рівень здоров'я населення незадовільне економічне становище впливає як безпосередньо, так і опосередковано через інші соціальні показники.

Рівень економічного розвитку країни визначає також поширеність переважних захворювань. Близько 70% смертей в індустріально розвинених країнах спричинені трьома основними класами захворювань: злоякісними новоутвореннями, серцево-судинними хворобами та хворобами дихальних шляхів; четвертим, домінуючим в індустріальних країнах фактором є травматизм. Аналіз поширеності згаданих класів захворювань у різних країнах, регіонах, серед різних прошарків населення тощо доводить їх залежність від соціальних і регіональних причин [12].

В Україні перехідного періоду важливий соціальний фактор, який є причиною багатьох захворювань і смертності, це соціальні стреси. Їх спричиняють економічна нестабільність, соціальна несправедливість тощо. Так, у виникненні соматичних захворювань значна роль належить психоемоційним травмам, “фактору значимості” людей різних професій, рівнів освіти, культури тощо.

Останнім часом в Україні обговорюється поняття “екологічної нерівності”, тобто неоднакової можливості громадян забезпечити собі екологічно чисту воду, продукти харчування, користування чистим повітрям (райони скупченості, проживання в екологічно забруднених місцевостях, відсутність якісного відпочинку).

Встановлений зворотній зв'язок між соціальними і біологічними факторами громадського здоров'я. Будучи потужним засобом соціального

регулювання поведінки людей, різні норми і цінності впливають на формування способу життя, який, як відомо, майже на 50% визначає стан здоров'я.

У перехідний період суспільних перетворень, який характеризується загостренням соціальних проблем, вивчення біологічних і соціальних закономірностей життєдіяльності стають надзвичайно актуальними при складанні прогнозів динаміки соціальних процесів.

Індивідуальний розвиток і здоров'я в такі періоди підпорядковується об'єктивним законам виживання. Спостерігається швидше подорослішання дітей, зниження соціального статусу (знецінення) людей похилого віку, підвищення цінності осіб активного холеричного типу тощо. Фізіологічний стан організму, нормальний або патологічний, впливає на особистість, її установки, мотиви та рольові суспільні функції. Порівнюючи уявлення про біологічно-соціальну норму в різні періоди існування суспільства – війн, катастроф, стабільності, науково-технічних революцій тощо, можна помітити наскільки взаємозалежні біологічні і соціальні норми існування людини і популяції, в цілому, і наскільки взаємозалежно вони змінюються. Норма одного показника обов'язково включає нормальний стан іншого і навпаки [13].

Зокрема, саме цим органічним зв'язком можна пояснити те, що показники стану здоров'я населення, зокрема народжуваність, смертність та очікувана тривалість життя вважаються визначальними в індексі людського розвитку.

Дійсно, в країнах перехідної нестабільної економіки, в яких порушуються деякі суспільні норми, спостерігається зниження показників тривалості життя.

Незважаючи на те, що у багатьох дослідженнях встановлено кореляційний зв'язок між рівнем матеріального добробуту і тривалістю життя, ключовими показниками стану суспільства і біологічного стану окремих людей, ця залежність складна. Так, практично рівні за показниками добробуту країни (Великобританія, Канада, США, Франція тощо) мають різні показники здоров'я

населення; при практично рівних економічних умовах провідну роль відіграють національні традиції, звички, спосіб життя в суспільстві, моральні норми тощо.

Таким чином, на прикладі залежності тривалості життя як особистісної характеристики індивідуума від рівня матеріального забезпечення в межах одного суспільства можна показати визначальну суть не стільки рівня благополуччя, скільки соціальної напруженості (стресогенність суспільних процесів), травматизму і криміналізації суспільства, тобто суто соціальних проявів. Отже, необхідний системний підхід при аналізі біосоціальних детермінант стану здоров'я населення.

Таким чином, здоров'я людини і населення в цілому в перехідний період формується під впливом соціальних умов, що змінюються, і є нестабільним, що в свою чергу, впливає на стан суспільного життя. Нормалізація соціальних процесів можлива за умов урахування їх системної природи, взаємозв'язку таких систем, як "природа-людина", "людина-суспільство", в яких людина виступає як організм, так і як особистість. Біосоціальні детермінанти природи людини зазнають постійних динамічних змін. Зміна однієї зі складових за принципом саморегуляції приводить до зміни системи в цілому.

Отже, стан індивідуального та популяційного здоров'я виходить за межі системи охорони громадського здоров'я і вимагає міжгалузевого підходу до управління і реформування.

1.2. Теоретичні засади формування системи громадського здоров'я

Сучасні уявлення про індивідуальне та популяційне здоров'я, здоровий спосіб життя, логічно підводять до того, що досягнення високого рівня реалізації потенціалу особистого і суспільного здоров'я не може бути здійснено спонтанними, позасистемними зусиллями окремих груп людей, якщо воно не буде підтримано системою науково обґрунтованих заходів, котрі є природною

частиною державної і громадської політики країни. Такою системою, зокрема, є формування здорового способу життя (далі ФЗСЖ). Для її впровадження в життя потрібно, щоб знаннями про ФЗСЖ опанували ті особи, які найближчі до процесу розробки і прийняття управлінських і політичних рішень на всіх рівнях влади і до того ж, є найбільш організованою частиною суспільства. Тому саме державним службовцям, котрі мають відношення до підготовки впливових рішень доцільно мати уявлення про теоретичні засади ФЗСЖ.

Світовою спільнотою ФЗСЖ визначається як процес застосування зусиль для сприяння поліпшенню здоров'я і благополуччя взагалі, зокрема ефективній політиці, розробці доцільних програм, наданню відповідних послуг, які можуть підтримати та поліпшити наявні рівні здоров'я, дати людям змогу посилити контроль над власним здоров'ям і покращити його.

ФЗСЖ ґрунтується на певних ідеологічних засадах. По-перше, це ідея пріоритету цінності здоров'я в світоглядній системі цінностей людини; по-друге, сприйняття здоров'я не тільки як стану відсутності захворювань або фізичних вад, а дещо ширше – як стану повного благополуччя. По-третє, це ідея цілісного розуміння здоров'я як феномена, що невід'ємно поєднує його чотири сфери – фізичну, психічну, соціальну і духовну. Крім того, це ідея так званого перерозподілу відповідальності. Мається на увазі, що контроль способу життя повинен здійснюватись і державою, і громадою (суспільством), і самою людиною.

Окрема людина сама себе наділяє певною відповідальністю щодо контролю власного життя, бере на себе особисту відповідальність за дії, рішення, наслідки. Так само і громада переймається деякою часткою відповідальності за здоров'я своїх членів. Тобто, держава делегує частину своєї влади громаді і окремій людині. Відповідно, ця ідея передбачає і спрямування певної частини ресурсів і прав контролю від держави до громад і окремих осіб. Також і певна частка відповідальності за здоров'я припадає на саму людину і

громаду, де вона перебуває, хоча головну відповідальність за здоров'я суспільства несе держава.

Отже, ідеологічні засади формування здорового способу життя (ФЗСЖ) демонструють суттєву відмінність прийнятого сучасного підходу від традиційно звичного для українського суспільства. Ці ідеологічні засади ФЗСЖ визначають ідеї пропагування, в основному проголошені Оттавською Хартією (1986): ФЗСЖ стосується не тільки офіційно спеціалізованих структур охорони громадського здоров'я або надання послуг здорового способу життя, а виходить далеко за їх межі, порушуючи проблеми загального добробуту:

- здоров'я – головний ресурс для громадського і особистого соціального та економічного розвитку, важливий вимір якості життя, показник конкурентоспроможності людини;

- політичні, економічні, суспільні, культурні, поведінкові та біологічні умови існування – усі вони можуть або сприяти здоров'ю, або шкодити йому. Зробити ці умови сприятливими можливо, вживаючи заходів щодо ФЗСЖ;

- застосування ідеології саме по собі ще не є запорукою позитивних змін, тому що люди неспроможні досягти свого найповнішого потенціалу здоров'я, якщо не в змозі контролювати всі чинники, що визначають їхнє здоров'я. Тому політика ФЗСЖ повинна визначати напрями діяльності, де потрібен контроль реальної ситуації;

- заходи ФЗСЖ повинні бути спрямовані на зменшення відмінностей у наявному стані здоров'я і забезпечення людям рівних можливостей і ресурсів для досягнення свого найповнішого потенціалу здоров'я.

Першим і найважливішим принципом формування ЗСЖ є партнерство. Мається на увазі, що передумови і перспективи доброго здоров'я не можна забезпечити тільки зусиллями окремих інституцій. ФЗСЖ потребує координації діяльності всіх зацікавлених сторін: урядових інституцій всіх рівнів, секторів охорони здоров'я, інших суспільних і економічних систем, недержавних

організацій, місцевої влади, промисловості та засобів масової комунікації. До цього процесу залучаються також громадяни з усіх сфер життя – окремі індивіди, родини, громади.

Працівники системи охорони громадського здоров'я беруть на себе головну відповідальність за посередництво щодо спрямування всіх цих різноманітних інтересів у суспільстві на поліпшення загального здоров'я.

Створення засобами ФЗСЖ того розуміння, що тільки самим особам (групам, громадам), в першу чергу, а не державним чи спеціальним інституціям, належить право вибору напрямів політики (право ініціатив, рішень, дій), суттєво підвищує контроль власної життєдіяльності і, відповідно, збільшує потенції позитивних впливів на проблеми здоров'я. У практичній діяльності при розробці заходів ФЗСЖ звертають увагу на те, щоб зміст цих заходів якомога повніше охоплював деякі аспекти діяльності, котрі прийнято визначати як основні стратегії ФЗСЖ. Це окремі напрями діяльності у складі цілісного, бажано, комплексного заходу, які визнані найбільш ефективними з точки зору досягнення кінцевого результату. Чим більше стратегій, тим більше шансів на успіх він матиме. Прийнято визначати такі стратегії:

- знання учасниками заходу загальних закономірностей і конкретних проблем, що стосуються аспектів особистого і громадського здоров'я;
- надання інформації про наявний стан і можливості покращення тих конкретних питань здоров'я, котрі є головними в змісті даного заходу;
- сприяння розвитку свідомості і активності тих місцевих громад і груп людей, яких найбільше стосується дана проблема здоров'я, управління і координація їхніх власних зусиль у напрямі вирішення проблеми на засадах самоврядування;
- розвиток і досягнення змін в організаційному забезпеченні діяльності з проблем здоров'я – удосконалення діяльності служб охорони здоров'я,

застосування сучасних засобів менеджменту у вирішенні конкретних проблем, на які спрямований даний захід;

- формування політики здоров'я як необхідна частина діяльності по вихованню вірних ціннісних орієнтирів особ і громади, де здійснюється захід;
- відстоювання прав осіб (груп, громад) на здоровий спосіб життя шляхами використання законодавчих можливостей, дій самоврядування, пошуку компромісу з тими структурами виробництва, бізнесу тощо, які перешкоджають людям;
- міжгалузєва співпраця (партнерство з усіма, хто може бути корисним при вживанні заходу); самопомога та взаємодопомога (прищеплення особистих навичок ФЗСЖ і громадської активності з питань здоров'я, розвиток бажання і уміння допомогати членам найближчого оточення, громади тощо).

1.3. Методологія формування здорового способу життя, як складової громадського здоров'я

З часу прийняття Оттавської Хартії (1985) виникла проблема втілення її положень і принципів у практику ФЗСЖ в різних країнах світу. Численні дослідження довели необхідність розробки певної методології ФЗСЖ, яка була б в змозі слугувати показником, що визначає алгоритм реалізації системи ФЗСЖ у загальному вигляді, тобто визначати порядок дій щодо обґрунтування, планування і оцінки ефективності заходів ФЗСЖ.

На сьогодні розроблено декілька моделей методологічного рівня, щонають на меті вирішення проблеми підвищення ефективності системи ФЗСЖ. З багатьох наукових доробок сучасної теорії ФЗСЖ найбільш повно характеризують її методологічні засади чотири моделі : 1) модель

концептуально-філософського рівня – загальна модель планування та оцінки здорового способу життя; 2) модель методичного підходу до планування заходів ФЗСЖ – схема планування і обґрунтування ФЗСЖ; 3) загальні методологічні ознаки, що притаманні найбільш вдалим прикладам впровадження ФЗСЖ у життя різних громад : принципи найуспішніших практик ФЗСЖ; 4) модель прикладного рівня, що ілюструє використання загальних методологічних положень у конкретних умовах [12].

Мета ФЗСЖ передбачає поліпшення добробуту взагалі, здоров'я в цілісному розумінні, а не тільки лікування, профілактику окремих захворювань, зниження рівнів захворюваності та смертності. Стрижневі цінності ФЗСЖ – здоров'я як позитивна і цілісна категорія, соціальна справедливість, рівність, загальна участь у вирішенні проблем здоров'я. Основний механізм ФЗСЖ (механізм наділення здатністю) – найбільш ефективний спосіб досягнення мети ФЗСЖ, який має збільшувати спроможності окремих осіб і громад контролювати детермінанти здоров'я та інші чинники, що можуть впливати на здоров'я.

Детермінанти здоров'я – ширші ніж суто медичні, чинники, які обумовлюють рівень здоров'я – чинники макрорівня, а саме : нерівність у доходах, суспільний статус, соціальні мережі підтримки, освіта, зайнятість і умови праці, фізичне середовище, біологічні і генетичні особливості, персональні навички та уміння запобігати шкоді здоров'ю, здоровий розвиток у дитинстві, медичне обслуговування. Існує два узагальнених завдання ФЗСЖ : 1) сприяти зростанню спроможності індивідів та громад контролювати детермінанти здоров'я, інші впливові чинники; 2) створювати та підтримувати інституційні та фізичні середовища, що сприятимуть позитивному досягненню мети, цінностей, реалізації механізмів, детермінант, пріоритетних напрямів діяльності системи ФЗСЖ.

Головні принципи планування ФЗСЖ : взаємозв'язок між усіма компонентами заходу (ініціативи) ФЗСЖ, який пропонується для реалізації; планування ініціативи у напрямі від рівня загального концептуального принципу до рівня конкретних дій.. Наприклад, якщо сплановано і реалізується навчання певної групи осіб засобом запобігання шкоді здоров'ю, доцільно визначити, яким загальним цілям ФЗСЖ і стрижневим цінностям таке навчання відповідає, в межах яких детермінант і зон діяльності буде впливати; чітке визначення мети і завдань всіх рівней (вищого, середнього, безпосереднього); спрямування ініціатив (заходів) ФЗСЖ нижчих рівнів на остаточне досягнення мети та завдань ФЗСЖ вищих рівнів (загальних мети і завдань); узгодження ініціатив ФЗСЖ з його базовими цінностями, побудова заходів на цих цінностях, їх примноження і покращення.

На основі міжнародного досвіду визначені головні принципи оцінки формування ЗСЖ :

1) принцип взаємозв'язку "оцінка-планування" - тобто якість оцінки формування ЗСЖ залежить від якості концептуальної схеми планування, обраної для цієї ініціативи, і від можливості об'єктивної оцінки елементів чи процесів моделі, що побудована при плануванні. Планування і оцінка - єдиний процес, де обидва компоненти взаємопов'язані і обумовлені. Кожний етап планування потребує оцінки, що коригує план за принципом зворотнього зв'язку. Нове планування враховує попередню оцінку і потребує наступної, і так, протягом усіх етапів. Планування дає можливість для оцінки, яка, в свою чергу, передбачає нове планування.

2) принцип перевірки повноти втілення ініціативи відносно всіх елементів планування полягає у необхідності перевірки окремих ступенів : ступеня досягнення мети і завдань, що були визначені в ініціативі; ступеня використання (відзеркалення) цінностей, що визначені в ініціативі; ступеня успішності застосування основного механізму ФЗСЖ – наділення здатністю;

ступеня урахування детермінант здоров'я, ідентифікованих при плануванні ініціативи, правильності вибору саме тих детермінант, що найбільше струсуються головної проблеми даної ініціативи; ступеня поєднання однієї або декількох загальних зон діяльності ФЗСЖ та специфічних стратегій, визначених плануванням, їх взаємопідтримки стосовно головної проблеми даної ініціативи.

3) принцип послідовного моніторингу етапів планування (з нижчих рівнів до вищих), ефективність дій і елементів на нижчому рівні, перевіряє проміжний рівень ефектів, визначає загальні результати і наслідки застосованої ініціативи ФЗСЖ.

4) принцип ієрархічної перевірки ефективності внесків, який передбачає, що оцінка ініціатив ФЗСЖ включає перевірку внесків кожного елементу нижчого рівня для досягнення відповідного елемента вищого рівня.

5) принцип функціональної різноманітності оцінок полягає в тому, що оцінки ініціатив ФЗСЖ виконують декілька функцій – визначають ефективність ініціатив, сприяють розвитку і впровадженню ініціатив, визначають наслідки і сумарний вплив ініціатив, застосовують різноманітні методології, методи, процедури.

На етапі оцінки ефективності впровадження перевіряють не тільки наслідки і впливи, а й процеси, що до них призводять і зосереджуються в кожному конкретному випадку на різних складових ініціативи – меті, механізмах, завданнях, видах діяльності, результатах. Оцінки стосуються різних елементів планування на різних ієрархічних рівнях. Сучасна методологія ФЗСЖ оперує уявленням про феномен найуспішніших практик. Найуспішніша практика є певним алгоритмом (послідовність дій), хоча необхідність пристосування до ситуації зумовлює певну варіативність цього алгоритму, тому що ситуації (точніше їх умови і обставини) постійно змінюються. Звідси розуміння найуспішнішої практики не будь-якої однієї, а як декількох

успішних практик, що можуть існувати. Тобто, алгоритм найуспішнішої практики ФЗСЖ може змінюватись залежно від ситуації.

Розуміння поняття найуспішніших практик як явища не безмежно вільного, а обмеженого певним алгоритмом – результат досліджень, за якими встановлено, що всі найуспішніші практики формувалися за однаковими, чітко визначеними принципами. У результаті досліджень визначено сім основних принципів найуспішніших практик ФЗСЖ:

1. Цінності ФЗСЖ. Найуспішніші практики ґрунтуються на стрижневих цінностях, зокрема рівності та наділені здатністю, що цінності керують усіма аспектами практики ФЗСЖ. Ці цінності акцентують увагу на соціальній справедливості, етичних аспектах ФЗСЖ. Інші цінності ФЗСЖ мають керувати ідентифікацією мети, завдань, процесів ФЗСЖ і бути ними відзеркалені.

2. Процеси ФЗСЖ. Найуспішніші практики ФЗСЖ застосовують процеси, які сумісні з цінностями ФЗСЖ і дають змогу досягти його (ФЗСЖ) мети та результатів. Це, зокрема, вимагає від ФЗСЖ уваги до етичного аспекту змісту процесів впровадження ініціатив та імовірних результатів. Методи і засоби, що застосовуються, мають бути сумісними з цілями і цінностями ФЗСЖ.

Потрібно ідентифікувати і враховувати чинники можливості (і неможливості) виконання завдань ФЗСЖ. Як пріоритетні результати ФЗСЖ розглядає ті, що позитивно впливають на якість життя взагалі, а не обмежуються локальними чинниками медичного характеру. Для опрацювання мети і завдань ФЗСЖ має застосовувати певні стандарти, тобто мета і завдання повинні бути специфічними, такими що вимірюються, досяжними, релевантними (доцільними, такими, що стосуються діла), своєчасними.

3. Наявне та нове знання. Найуспішніші практики спираються на знання щодо відповідності і ефективності ФЗСЖ і підвищують його рівень. ФЗСЖ має збирати, перевіряти, синтезувати факти, що стосуються її ефективності, для опрацювання, впровадження і оцінки власних ініціатив. Оцінювання процесів,

результатів і впливів ініціатив ФЗСЖ потребує ідентифікації, опрацювання і запровадження оціночних процедур та інструментів (якісних і кількісних, експериментальних і природних).

ФЗСЖ передбачає умови безперервного навчання, постійного обміркування та критики своїх мети, завдань, цінностей стратегій і впливів, щоб поліпшити результати її (практики) здійснення, бо це єдиний шлях досягти найкращого результату.

ФЗСЖ має поліпшувати доступ до поточної інформації і фундаментальних знань про неї саму і проблеми здоров'я, взагалі, сама постійно поповнюватись цими знаннями та інформацією.

4. Наявні ресурси. При цьому увага акцентується на таких видах ресурсів як, людські (навички, компетенція, спроможність, знання, досвід, мотивації, енергія, зацікавленість); фахові (знання в галузі ФЗСЖ ідивідів і організацій, практиків і дослідників, фахівців офіційних структур і аматорів, власників засобів традиційно визнаних і нетрадиційних впливів); громадські (спроможність, знання, підтримка громади, колективні дії, наявна сила і влада, яких громада набуває внаслідок наділення її членів здатністю через стрижневий механізм ФЗСЖ); фінансові (приватні, громадські, державні); часові.

5. Теоретичне розуміння здоров'я і його детермінант. ФЗСЖ має ясно визначити теоретичні основи своєї практики, а практика, в свою чергу, повинна бути сумісною з теоретичним розумінням всіх аспектів феномена здоров'я, зокрема таких, як позитивний (чи негативний) безпосередній вплив детермінант і окремих чинників на здоров'я та опосередкований вплив ширших чинників соціальної і економічної природи; цілісна природа здоров'я в усіх його сферах; співвідношення поміж рівнями здоров'я – індивідуальними, групи людей, організацій, спільнот, країн, людства в цілому; стратегії втручання, що сприяють поліпшенню здоров'я.

6. Чутливість до сили і влади, сприяють ширшому розподілу влади. ФЗСЖ віддає перевагу практикам, процесам та структурам, що наділяють індивідів і громади більшою силою і владою, постійно вдається до критичного аналізу динаміки розподілу сили і влади між зацікавленими особами та партнерами. ФЗСЖ опрацьовує і запроваджує директиви, які дозволяють послабити вплив розбіжностей у силових і владних повноваженнях.

7. Чутливість до розмаїття. ФЗСЖ приділяє увагу розмаїттю серед громад та індивідів, залучених до ФЗСЖ або зачеплених її наслідками, активно заохочує їх (громади, індивідів) визначати прийнятні для себе форми розмаїття. ФЗСЖ однаково зосереджується на всіх формах розмаїття – дисципліні, людях, ідеях, теоріях, культурах, місцевостях, зацікавлених особах, поведінках, значеннях, ролях соціально-економічному статусі, освіті, вірі, сексуальній орієнтації, статі, мові, віці тощо, визначаючи свої пріоритети стосовно конкретних ініціатив і ситуацій.

Таким чином, наведені дані свідчать про необхідність удосконалення управлінських механізмів охорони громадського здоров'я, зокрема, шляхом підвищення ефективності впровадження системи ФЗСЖ, реформування галузі охорони здоров'я, розвитку міжгалузевих механізмів забезпечення здоров'я населення.

РОЗДІЛ 2

РОЛЬ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В РЕФОРМУВАННІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Наукові засади реформування державного управління охороною громадського здоров'я

Реформування та удосконалення системи управління, що є постійним і безперервним процесом у багатьох розвинених країнах, стратегічно і тактично базується на наукових розробках, які адаптують об'єктивні закономірності управління, міжнародний досвід до відповідних національних умов. Реформування державного управління охороною громадського здоров'я, як показав досвід багатьох країн, вирізняється найбільшою складністю через те, що воно має узгоджувати інтереси різних суспільних груп з одного боку та держави - з іншого [19, 20, 29].

В Україні при реформуванні державного управління охороною громадського здоров'я в основному застосовується досвід інших держав, що ж до національних умов реформування як зовнішнього середовища функціонування системи охорони здоров'я, то, в кращому випадку, стан галузі аналізується статистично і без застосування глибокої наукової методології, що робить реформи негнучкими, неадаптивними і недостатньо аргументованими.

Найбільш перспективним можна вважати системний підхід до наукового обґрунтування реформ в охороні громадського здоров'я, який включає досить широкий спектр суспільної діяльності, органічно пов'язаних між собою.

Основним завданням системи управління охороною громадського здоров'я залишається збереження та зміцнення здоров'я українського народу. Сучасні уявлення про індивідуальне та популяційне здоров'я як процес біосоціального благополуччя людини ставлять перед галуззю проблему організації більш

широкого управлінського поля, спроможного реально управляти станом здоров'я населення. Важливим є те, що людині за такого підходу відведена активна, дійова роль щодо підтримки власного здоров'я і потребує необхідної освітньої підготовки та її управлінської організації. Соціологічні спостереження перехідного періоду виявили закономірності його впливу на людину і на суспільство у цілому. Як людина так і суспільство в перехідний період зазнають змін, які відбиваються на їх біосоціальній суті. Аналізуючи питання зв'язку стану здоров'я з динамікою суспільних процесів на прикладі низки країн, можна зробити висновок щодо прямої залежності між станом здоров'я і економічною нерівністю [31].

Так, серед 20% найбіднішого населення смертність у 1,5-2 рази вища, ніж серед 20% найбагатшої групи населення. Така ж закономірність спостерігається і стосовно очікуваної тривалості життя. Спостереження антропологів свідчать, що в прошарку більш забезпечених людей переважають особи, вищі на зріст, міцніші, з оптимальною вагою тіла. Разом з тим, високий корелятивний зв'язок між економічною малозабезпеченістю і низьким станом здоров'я спостерігається в межах незабезпечення фізіологічних потреб в раціональному харчуванні. Вихід за ці межі підпорядковується більш складним закономірностям взаємодії між станом здоров'я і матеріальним становищем.

Починають впливати такі фактори, як соціальна нерівність і несправедливість, рівень освіти, культури тощо. Більш забезпечені і освічені люди не тільки мають більший доступ до медичних послуг, але й вищий рівень культури здоров'я, сприймають позитивно програми підтримки здоров'я тощо. Тобто, стосовно забезпечення відповідного рівня здоров'я населення незадовільне економічне становище впливає як безпосередньо, так і опосередковано через інші соціальні чинники.

В Україні перехідного періоду важливими соціальними факторами, що сприяють захворюваності і смертності є соціальні стреси, до яких відносять

економічну нестабільність, соціальну несправедливість тощо. Так, виникненню соматичних захворювань сприяють психічні травми, фактор значущості людей різних професій, рівні освіти, культури. Умови економічної і соціальної нестабільності формують нове поняття соціально-медичної нерівності. При вивченні категорії здоров'я людини привертає увагу змістова наповненість визначальних понять – “біологічна та соціальна” норма, похідних від них “ психічна та моральна” норма і “медична або клінічна патологія” тощо.

Таким чином, науковий системний підхід включає природничі, соціологічні та інші чинники впливу на здоров'я в його єдності з механізмами міждисциплінарних зв'язків і міжгалузевого управління ними. У перехідні періоди, які характеризуються загостренням суспільних проблем, вивчення біологічних і соціальних закономірностей життєдіяльності стають надзвичайно актуальними при складанні прогнозів динаміки соціальних процесів перехідного суспільства.

Порівнюючи уявлення біологічно-соціальної норми різних періодів існування суспільства можна констатувати, наскільки є взаємозалежними біологічні і соціальні норми існування людини і популяції в цілому, і наскільки ковалентно або взаємозалежно вони змінюються. Норма одного показника обов'язково включає нормальний стан іншого і навпаки.

Сьогодні у країнах перехідної економіки, до яких належить і Україна, спостерігаються негативні зміни інтегративних показників стану суспільства: зниження народжуваності та підвищення смертності. Україна перебуває на 102 місці серед країн, в яких проводяться спостереженнях ВООЗ. Показово, що біологічний вік чоловіків став вищим за паспортний на 5-7 років, жінок - на 3,5 [12].

Низкою досліджень виявлено кореляційний зв'язок між рівнем матеріального добробуту і тривалістю життя, тобто ключовими показниками стану суспільства і біологічного стану особи, але якісні сторони виявленої

залежності є досить складними. Так, помічено, що найбільшою є тривалість життя в Японії (Звіт ВООЗ, 1996) , де за останнє десятиріччя завдяки відповідній соціально-гуманітарній політиці середня тривалість життя збільшилася на 12 років. Наступні місця посідають країни практично рівні за показниками добробуту (Канада, США, Франція, Норвегія, Швеція та інші).

Очевидно, що за орієнтовно рівних економічних умов на перший план висуваються національні традиції, звичаї, прийнятий у суспільстві спосіб життя тощо, а також моральні норми. Таким чином, на прикладі залежності тривалості життя від матеріального забезпечення в межах одного суспільства можна визначити сутність не стільки рівня благополуччя, скільки соціальної напруженості (стресогенність суспільних процесів), травматизму і криміналізації суспільства, тобто суто соціальних проявів.

Стає зрозумілою складність взаємозв'язків і необхідність системного підходу при аналізі біосоціальних детермінант стану здоров'я населення. Аналіз поведінки людей свідчить про те, що в перехідний період на перший план виступають інстинкти, які забезпечують виживання і відтворення. Діє прямий взаємозв'язок між ключовими стимулами і адаптивною поведінкою, що складає основу для збереження як індивіда, так і людності. Одночасно відбувається саморегуляція як біологічного, так і соціального рівнів. Можна припустити, що негативні зміни матеріального забезпечення (харчування, відпочинок) – базисних біологічних потреб людини в нестабільний економічний період, порушують рівновагу детермінації між біологічними і соціальними характеристиками людини і призводять до негативних змін соціальних якостей.

Відтак порушення соціальних властивостей – страх за життя, невпевненість у майбутньому, знецінення особи, зміна моральних цінностей тощо призводить до психічної травми, яка є поштовхом до негативних змін біологічних якостей, тобто здоров'я. Таким чином, здоров'я людини і населення у цілому у перехідний період формується під впливом нестабільних соціальних

умов і є нестабільним, хитким, що у свою чергу, впливає на стан суспільного життя.

Успадковані традиції адміністративно-командної системи сповільнюють реформування усталених засади організації та управління, принципи надання медичної допомоги та послуг. Важливість та необхідність удосконалення управління системою охорони здоров'я пояснюється тим, що діяльність мережі лікувально-профілактичних закладів і стан здоров'я їх працівників віднесено до факторів, що визначають національну безпеку держави. Формування системи охорони здоров'я та медичної опіки має виходити з таких концептуальних положень:

1. Система охорони здоров'я розвивається відповідно до принципів і напрямів адміністративно-територіальної реформи в Україні.

2. Медична допомога є складовою частиною масштабної програми охорони громадського здоров'я і складається з медичної профілактики, власне медичної допомоги та медико-соціальних послуг.

3. Медико-санітарна допомога в системі охорони здоров'я має дві складові і, відповідно, два основних джерела фінансування : державний та місцеві бюджети, орієнтовані на забезпечення індивідуального та популяційного здоров'я в масштабі держави з урахуванням регіональних особливостей.

Реалізація вказаних напрямів здійснюється, перш за все, за рахунок місцевих ресурсів : дотації, субвенції з державного бюджету, державна складова для реалізації загально-національних програм, додатково залучені кошти, інвестиції в муніципальний приватний сектор тощо.

2.2. Обґрунтування напрямів удосконалення адміністративного управління системою охорони громадського здоров'я

В децентралізації та демократизації управління охороною здоров'я в Україні основним напрямом є формування та розвитку належних регіональних

систем охорони здоров'я, зокрема і на рівні територіальних об'єднаних громад (ОТГ). При цьому відбувається перерозподіл повноважень між центральними та місцевими органами управління охороною громадського здоров'я.

Існуюча система управління охороною здоров'я в державі прагнула враховувати специфіку регіонів, однак складні соціально-економічні умови спричинили кризовий стан галузі, процеси її реформування майже не реалізуються, оскільки всі зусилля сконцентровано на її збереженні. Крім цього, у кожному регіоні є свої географічні, кліматичні, економічні, ресурсні та інші особливості [11, 25].

Надмірна централізація, адміністрування, бюрократичне прагнення все жорстко регламентувати й позбавити будь-кого права на місцеву ініціативу зумовлює стагнацію у галузі, високу затратність, безініціативність, безвідповідальність, сприяє недостатній ефективності та високій інертності управлінської ланки [14, 18].

Ключовим моментом для ефективної реорганізації системи медичної допомоги й опіки є децентралізація управління системою місцевої служби охорони здоров'я. Подальшу демократизацію та децентралізацію управління підтримують працівники обласних (74,2% респондентів) та міських (77,8%) управлінь охорони здоров'я, 81,3% головних лікарів обласних лікувально-профілактичних закладів, 79,5% керівників міських поліклінік та лікарень, 71,7% головних лікарів та їх заступників районних лікарень.

Децентралізація управління має здійснюватися в напрямі самостійного вирішення питань фінансово-економічної діяльності, матеріально-технічного та організаційно-управлінського забезпечення, добору і розстановки кадрів, а також формування резерву на керівні посади.

До компетенції органів організації та управління охорони здоров'я регіонального рівня має належати вдосконалення високоспеціалізованих видів медичної допомоги – кардіохірургія, нейрохірургія, трансплантація тканин і

органів, а також розв'язання окремих проблем ендемічного значення (захворювання щитовидної залози, аплазія стоматологічна, алопеція тощо).

Функції вищих рівнів управління мають здійснюватись не тільки через прийняття певних програм, а й через конкретне фінансово-економічне забезпечення, що передбачено Конституцією України. Регіональні і нижчі рівні державного управління та місцевого самоврядування мають забезпечити реалізацію заходів цих програм з урахуванням місцевих особливостей (демографічні процеси, стан екології, рівень освіти, культури, мережа лікувально-профілактичних закладів, стан суспільних проблем – наркоманія, алкоголізм тощо) та фінансових можливостей.

У процесі демократизації управління важливим є врахування побажань нижчих рівнів управління та делегування повноважень знизу до верху з розв'язанням при цьому фінансово-економічних, матеріально-технічних, науково-інформаційних та інших рівнів забезпечення. Кожен рівень управління повинен мати конкретні обов'язки джерела фінансування та права розв'язання тих чи інших проблем самостійно або з органами державного управління та місцевого самоврядування.

У реформуванні національної системи охорони здоров'я України важливу роль мають відігравати депутатські комісії з питань охорони здоров'я та відповідні координаційні ради. Доцільно, щоб кожна область (місто, адміністративний район, ОТГ) формувала свою місцеву політику що являє собою сукупність цілей, засад і практичних заходів та методів їх реалізації на своїй території.

2.3. Регіональна політика як основний чинник у розвитку системи охорони здоров'я України

В основі регіональної політики мають враховуватись загальнонаціональні концепції і правова база. Однак специфіка регіону має формуватися і виходити з особливостей стану здоров'я, довкілля, рівня захворюваності й травматизму, матеріально-технічного, кадрового, інформаційного, а також фінансово-економічного забезпечення галузі.

Для цього важливим є інформаційно-аналітична оцінка та моніторинг показників, що дає змогу не лише здійснювати аналіз стану регіональних та муніципальних показників, та медико-санітарного забезпечення, але й розробляти та приймати ефективні управлінські рішення.

Відповідно до такої концепції регіональна модель охорони здоров'я являє собою комплекс визначень (політика, принципи, стратегія і тактика), підсистем (органи і заклади охорони здоров'я, трудові, фінансові, матеріально-технічні, науково-інформаційні та інші ресурси), функцій (управлінські, організаційні, аналітично-інформаційні тощо), технологій (адміністративні, економічні, психологічні, соціологічні тощо).

Регіональна модель охорони громадського здоров'я має функціонувати як саморегулююча система, основною місією якої є досягнення рівноваги між потребами суспільства в оздоровчих та медичних можливостях й виділеними ресурсами для цього. При цьому регіональні системи базуються на правовій базі держави, загалом.

Модель реорганізації існуючої системи медичної допомоги в систему багатуокладної медичної опіки передбачає поетапне вирішення окремих вузлових проблем : функціональне й фінансове розмежування державної служби охорони здоров'я та муніципальної (місцевий рівень) служби медичної опіки; визначення для медичної служби стабільної гарантованої частки в

муніципальному бюджеті; визначення обсягів і принципів гарантованої медико-соціальної допомоги та медичних послуг; встановлення гарантованого фінансування ланки первинної медико-санітарної допомоги з розрахунку на одного мешканця; децентралізація фінансування з підвищенням господарської самостійності закладів охорони здоров'я; зміна умов праці з переходом на контрактну конкурсну форму працевлаштування; перехід системи охорони здоров'я на оплату праці залежно від обсягу та якості виконаної роботи; визначення медичної географії міста й прив'язка мережі лікувально-профілактичних закладів до адміністративного та медико-географічного районування; створення цілісної мережі первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини; удосконалення системи управління, інформаційно-методичного забезпечення; зменшення затратності галузі та підвищення ефективності використання всіх ресурсів охорони здоров'я; уніфікація критеріїв якості надання медичної допомоги; визначення пріоритетів і реалізація конкретних соціально значущих місцевих медичних програм; забезпечення скоординованої політики щодо охорони здоров'я й медичної опіки; поетапне впровадження елементів страхової медицини; реалізація права громадян на додаткові медичні й парамедичні послуги, додаткову медичну допомогу; задіяння багатоканальності позабюджетного фінансування; реалізація альтернативних напрямів медичної допомоги та охорони здоров'я, розширення сфери надання медичних послуг структурами недержавних форм власності; міжсекторальна співпраця у розв'язанні проблем охорони здоров'я мешканців міста; активна співпраця з громадськими організаціями, релігійними конфесіями та засобами масової інформації в напрямі формування здорового способу життя; підвищення відповідальності за здоров'я кожного громадянина, членів сім'ї та громад.

Здійснення реформи в напрямі розвитку системи охорони громадського здоров'я на місцевому рівні буде здійснюватись як логічний елемент

адміністративної та бюджетної реформи. Оптимізація структури й функцій лікувально-профілактичної мережі стане реальною тільки з усвідомленням і здійсненням на практиці принципу формування бюджету “знизу вгору” і, відповідно, делегування повноважень за таким же принципом. Такий підхід дозволить зменшити зайве адміністрування, нераціональне використання бюджетних коштів та інших ресурсів. З іншого боку, децентралізація охорони здоров’я збільшує можливість маневру на місцях, проведення локального моделювання й вибору найбільш придатних для впровадження в загальнодержавну практику моделей [24, 26].

Реформа системи охорони громадського здоров’я базується на положеннях Конституції України і має багатоаспектний характер. При цьому передбачено як збереження позитивного, що було досягнуто за минулі десятиліття, так і пошук нових підходів до вирішення медико-соціальних проблем, що з’явилися й загострилися на сучасному етапі розвитку країни. Процес управління реформуванням охорони здоров’я включає організацію та реалізацію цілеспрямованих і регламентованих дій, адекватних соціально-економічній ситуації, що склалася; сукупність взаємопов’язаних операцій, які здійснюються за певною технологією.

Система охорони здоров’я потребує прискорення розробки проектів законів, які не мають чіткої законодавчої регламентації, або лише частково представлені в “Основах законодавства України про охорону здоров’я”. Це стосується проблеми державної гарантованої допомоги населенню, регулювання приватної медичної діяльності, лікарських співтовариств, правового захисту прав пацієнтів і медичних працівників та Закону України “Про систему громадського здоров’я”.

Одним із головних завдань управління реформуванням є координація діяльності органів державної влади щодо вирішення питань охорони здоров’я, оскільки за формування здоров’я населення та його медико-соціальне

забезпечення повинна відповідати не тільки система охорони здоров'я, це стосується питань формування здорового способу життя, розвитку інфраструктури здоров'я, харчування населення, водопостачання тощо.

Важливим аспектом у реформуванні є розробка механізмів діяльності контрольної-дозволяючої системи у сфері обігу ліків, медичної техніки, обладнання. На рівні областей головними завданнями організації охорони здоров'я повинні бути розвиток охорони здоров'я з урахуванням особливостей певного регіону; розробка і виконання програм державних гарантій щодо забезпечення населення доступною, кваліфікованою медичною допомогою. Основною умовою вдосконалення організації охорони здоров'я є забезпечення його цілісності за рахунок єдиних підходів до нормування, ліцензування, акредитації, стандартизації, механізмів фінансування.

На сьогодні досягнуто певних успіхів у цьому напрямі : затверджені стандарти акредитації лікувально-профілактичних установ, стандарти медичних технологій діагностики й лікування дорослого та дитячого населення на різних рівнях надання медичної допомоги в стаціонарах, визначені необхідні критерії забезпеченості населення ліжковим фондом, лікарями, середнім медичним персоналом, проте багато питань у цьому напрямі вимагають наступного наукового обґрунтування й розробки.

На державному рівні повинні затверджуватись методики розрахунку нормативів забезпечення установ охорони здоров'я матеріальними, трудовими й фінансовими ресурсами. На регіональному рівні повинні бути також розроблені й затверджені нормативи затрат з амбулаторного й стаціонарного лікування. На основі цих нормативів і показників захворюваності визначається структура медичної допомоги населенню. У процесі реформування необхідне удосконалення цих методик.

Одним із завдань управління слід вважати виключення дублювання роботи лікувальних установ державного сектора із залученням відомчих медичних

установ для реалізації програми державних гарантій у наданні медичної допомоги населенню. Це дозволить ефективно використати фінансові і матеріальні ресурси, реалізувати принципи рівного ставлення держави до населення незалежно від місця їх роботи. Робота щодо створення єдиного медичного простору в Україні почалася, але результативність її ще невелика.

Ефективне управління галуззю неможливе без створення сучасної системи підготовки керівників органів управління та закладів охорони здоров'я, інформаційного забезпечення на основі широкого використання комп'ютерної техніки, уніфікації методів і способів інформації, розвитку інформаційних мереж, удосконалення медико-статистичної служби [10, 17].

Як уже було сказано, наступний розвиток охорони охорони здоров'я пов'язаний з удосконаленням управління на державному й регіональному рівнях. При цьому необхідно передбачити найбільш раціональний розподіл функцій і прав центральних, регіональних і місцевих органів охорони здоров'я з розумними елементами децентралізації управління й автономізації медичних установ.

Управління процесом реформування системи охорони громадського здоров'я постійно вимагає пошуку нових форм, методів, тактичних підходів відповідно до специфіки і характеру соціально-економічної ситуації, правової та фінансової регламентації.

РОЗДІЛ 3

ОБГРУНТУВАННЯ НАПРЯМІВ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІНСЬКИХ АСПЕКТІВ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Роль профілактичних технологій в управлінні охороною громадського здоров'я

Здоров'я людини й тривалість її життя залежить від взаємодії ресурсів здоров'я, які забезпечують адаптацію організму до різноманітних подразників і ушкоджень зовнішнього і внутрішнього середовища. Захворіє людина чи ні залежить від співвідношення інтенсивності патогенного впливу й адаптивних особливостей організму, його протидії. Виходячи із цього, виділяють три основні напрями медичної діяльності, спрямованої на досягнення кращого здоров'я:

- лікувальний – усунення наслідків патогенного впливу;
- профілактичний – корекція факторів ризику захворювань, охорона й оздоровлення навколишнього середовища та попередження хвороб;
- профілактично-оздоровчий – включає в себе перші дві й додає ще один шлях збереження здоров'я та збільшення його ресурсів.

Зазначені напрями діяльності мають однакову кінцеву мету, хоча розрізняються засобами її досягнення. Адже лікування хворих і охорона навколишнього середовища сприяють збереженню ресурсів здоров'я, позитивно впливаючи на механізми адаптації, здатні протидіяти розвитку патологічного процесу або компенсувати його. Останній етап, увібравши в себе досвід двох попередніх, значно доповнює всю технологію контролю за станом здоров'я населення. Як відомо, традиційна методологія медичної діагностики побудована на пошуку ознак хвороби. Це призводить до того, що з поля зору лікарів

випадає весь комплекс процесу зменшення ресурсів здоров'я. Стало очевидною необхідність упровадження нової методології діагностичного процесу з урахуванням рівня здоров'я індивіда, а також провешення оздоровчих заходів, починаючи від практично здорових людей, на всіх етапах зменшення ресурсів здоров'я. Профілактична технологія медичного обслуговування населення передбачає такі етапи:

- визначення (діагностика) рівня здоров'я та факторів способу життя і благополуччя, що його формують, перш за все, на основі скринінгових досліджень;
- розроблення на цій основі програм оздоровлення ;
- навчання здоровому способу життя ;
- реалізація оздоровчої програми з наступною корекцією способу життя.

З метою визначення об'єктів управління в роботі, спрямованій на оздоровлення, проаналізовано структуру багатофакторних відносин, що являє собою ланцюг взаємопов'язаних і взаємообумовлених компонентів, які безпосередньо або опосередковано впливають на стан здоров'я. Системний підхід спонукав розглянути цей процес із позицій взаємодії об'єктивних умов і суб'єктивних факторів. Під об'єктивними умовами розуміється сукупність реальних обставин і явищ, що створюють конкретне навколишнє середовище та умови життя населення, де формується його реальний спосіб життя. Суб'єктивний же фактор пов'язаний конкретно поведінкою людини в наявних умовах її існування ("фактор поведінки"). Обидва пов'язані між собою та складають одну життєву єдність.

Основними об'єктами управління в роботі, спрямованій на збереження та зміцнення здоров'я, є :

- рівень гігієнічної культури різних верств населення (знання, мотивація, ціннісні орієнтації, поведінка щодо здоров'я;

-рівень (якість та ефективність) діагностично-освітньої роботи, яка здійснюється спеціалістами медичних і немедичних закладів;

-рівень науково-методичного забезпечення цієї роботи;

-кадрові ресурси;

-система соціально-економічного стимулювання ЗСЖ;

-інфраструктура та індустрія здоров'я;

-рівень добробуту;

-житлові умови;

-умови побуту та праці ;

-гігієнічний стан навколишнього середовища (води, повітря, ґрунту тощо);

-рівень політичних рішень щодо збереження та зміцнення здоров'я [32].

Досягнення мети збереження та зміцнення здоров'я населення тісно пов'язано з роботою з формування ЗСЖ. Цей процес багатоплановий і довготривалий. У силу своєї масштабності він потребує від суспільства значних матеріальних, кадрових та інших ресурсів і, перш за все, створення здорового середовища проживання.

Отже, реалізація завдання щодо дотримання ЗСЖ пов'язана зі створенням сприятливого середовища проживання і праці, зміною поведінки людини в їх діалектичній єдності. Не можна розраховувати на успіх у цій проблемі через вибіткове вирішення політичних, соціально-економічних, екологічних чи інших питань. Усі вони взаємопов'язані, взаємообумовлені і повинні вирішуватись комплексно.

Важливим процесом у реформуванні охорони здоров'я є створення необхідних передумов, доведення до потрібного рівня окремих підсистем (наукової та законодавчої бази, питання кадрів, матеріально-технічного забезпечення, інфраструктуру та індустрію здоров'я, рівень гігієнічної культури населення тощо).

Важливим пусковим механізмом упровадження згаданої системи мають стати національні, регіональні, місцеві міжгалузеві профілактичні програми. Економетричний аналіз, проведений у США та інших розвинених країнах, показує, що реалізація програм зміцнення здоров'я населення забезпечує співвідношення вартості витрат і прибутку як 1:7, тобто кожна вкладена грошова одиниця зберігає суспільству у 7 разів більше коштів, які необхідно було б витратити на усунення наслідків, викликаних палінням, зловживанням алкоголем, нераціональним харчуванням, гіподинамією, психоемоційним перевантаженням тощо.

В останні роки було розроблено методики, які дозволяють кількісно вимірювати ресурси здоров'я. Тим самим з'явилися підстави для визначення завдання щодо впровадження профілактичних технологій, орієнтованих на збереження та зміцнення здоров'я немедикаментозним засобами і створення системи моніторингу стану здоров'я населення за окремими показниками.

Проблема збереження та зміцнення здоров'я значною мірою пов'язана також із рівнем гігієнічної культури. В умовах складної соціально-економічної та екологічної ситуації проблема виживання залежить переважно від його здоров'я.

Тому найважливішою ланкою на шляху до здоров'я має стати науково обґрунтована система гігієнічного навчання населення. Вона має трансформуватися в державну систему безперервного гігієнічного виховання й здійснюватися на всіх етапах соціалізації особистості. Пропонуються такі основні напрями цієї роботи в процесі:

- загальноосвітнього навчання й виховання (підростаюче покоління);
- професійного навчання (усі категорії населення, що проходять професійну підготовку);
- роботи зі здоровими та ризик-групами (вагітні, породіллі, молоді батьки, диспансерні групи тощо);

- просвітницької та культурологічної роботи (широкі верстви населення).

Найбільш важливою ланкою згаданої підсистеми є валеологічне виховання підростаючого покоління – з огляду на його кількість (більше 7 млн. дітей та підлітків) і специфіку життєдіяльності (високоорганізований навчальний процес).

В Україні до останнього року валеологічна освіта не мала характеру неперервної. Вона обмежувалась переважно викладом окремих розділів та проблем охорони здоров'я, не скординованих між собою в межах національної валеологічної освіти. Останнім часом впроваджується система підготовки та підвищення кваліфікації педагогічних кадрів з питань збереження та зміцнення здоров'я підростаючого покоління [27-30].

Упровадження стратегії зміцнення охорони здоров'я потребує розширення сфери використання засобів масової інформації. Поруч із навчальними та інформаційними медичними програмами для широких верств населення важливо щоб ці потужні джерела інформації піднімали найбільш актуальні проблеми перед власними структурами та громадськістю й спонукали їх до прийняття адекватних управлінських рішень.

Але для вирішення проблеми формування засад ЗСЖ в суспільстві одного переконання в людини ще не досить для зміни її поведінки щодо свого здоров'я. Для досягнення почуття відповідальності за особисте здоров'я необхідно не тільки її просвітити, а й сформувати певну систему пріоритетів у суспільних відносинах. Подібна система пріоритетів сформована в ринковому суспільстві, де здоров'я є однією з найвищих цінностей у житті, а захворювання завжди пов'язано з матеріальними витратами.

Постійна необхідність підвищення продуктивності праці змусила підприємців економічно розвинених країн звернутися до проблем профілактичного оздоровлення робітників. У такі оздоровчі програми включають виробничу гімнастику, заняття фізичною культурою, нормалізацією

ваги тіла, раціональне харчування, відмову від паління та алкоголю, профілактику стресів тощо. Ці заходи виявилися досить ефективними.

І як наслідок, зміцнення здоров'я стало розглядатися керівниками фірм і підприємств як складова виробництва, а інвестиції в здоров'я – надзвичайно вигідною справою. Тому з'явилися різноманітні форми соціально-економічного й морального заохочування працюючих до ЗСЖ : стан здоров'я враховується при просуванні по службі, підвищенні заробітної плати, підвищенні кваліфікаційної категорії, визначенні премій тощо.

Серйозним бар'єром на шляху оздоровлення населення є вкрай бідна інфраструктура іа індустрія здоров'я. Так, за даними Держкомстату України, у країні функціонують лише 1113 стадіонів, 498 плавальних басейни, 16,6 тис. спортивних залів, 1020 фізкультурно-оздоровчих центрів, 10,9 тис. майданчиків із тренажерним обладнанням, близько 45 тис. спрощених спортивних майданчиків. Дана інфраструктура здоров'я припадає на 1400 міст і селищ міського типу та майже 30 тис. сільських населених пунктів.

Усе це свідчить, що її матеріально-технічна база вкрай бідна і не відповідає потребам суспільства в масовому оздоровленні населення. Підтверджує цей висновок і той факт, що вироби для фізкультури, спорту і туризму становлять в Україні лише 0,1% у загальному товарообігу. Водночас на тютюнові вироби припадає 1,0-1,7% від загального товарообігу, на алкогольні вироби 7,7-10,3%.

Важливим завданням реформування охорони громадського здоров'я є також підвищення престижу профілактичної роботи й довіри до неї у спеціалістів – медиків, педагогів, психологів, інструкторів фізкультури тощо.

Звідси – необхідність удосконалення існуючої системи підготовки таких кадрів, створити такі відповідні організаційні та науково-методичні передумови. Не випадково в документах ВООЗ підкреслюється, що суспільство

все більше очікує від лікаря не тільки кваліфікованої допомоги, але й порад щодо шляхів і способів зміцнення здоров'я та попередження хвороб.

Сьогодні медична галузь усе ще віддає пріоритет першій, хоча вже є достатньо доказів того, що поява нових, досконаліших технологій лікування, не призводить до позитивних змін у популяційному здоров'ї.

Лікувальна справа теж потребує постійного вдосконалення і вкрай важлива. Але основний важіль медицини в будь-якому суспільстві – в стратегії збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом активної, наступальної профілактики, формування та ствердження ЗСЖ.

3.2. Територіально-адміністративна реформа та удосконалення управління охороною громадського здоров'я

У філософському розумінні спосіб життя – це інтегральна характеристика сукупності типових видів життєдіяльності людей (окремих осіб та соціальних спільнот) у єдності з умовами життя суспільства. Спосіб життя охоплює всі сфери : працю і побут, культуру, поведінку (стиль життя) людей та їхні духовні цінності.

За даними ВООЗ захворювання та стани, пов'язані зі способом життя людини, є причиною 70-80% смертності в розвинених країнах та приблизно 40% - в країнах, які розвиваються. При цьому очікується, що і в останніх ситуація у майбутньому погіршиться, і кількість захворювань, пов'язаних зі способом життя, буде зростати через нездорові зміни у харчуванні та поведінці середнього класу. До них, зокрема, належать захворювання серцево-судинної системи, окремі типи онкологічних захворювань та ожиріння.

Індивідуальні поведінкові фактори можуть бути сприятливими, але й шкідливими для здоров'я, що залежить від вибору способу життя конкретної особи. При цьому слід враховувати, що протягом життя людина змінює моделі

своєї поведінки внаслідок тиску з боку суспільства, сім'ї, друзів, комерційної діяльності тощо. Отже, для того, щоб вплинути на людину, з метою сприяння їй у здоровому виборі, необхідні зусилля з боку як самої людини, так і її найближчого оточення та суспільства в цілому. З урахуванням важливості способу життя (або поведінки) як однієї з детермінант здоров'я не викликає сумніву необхідність законодавчої бази, за допомогою якої суспільство могло б впливати на поведінку індивіда з метою сприяння їм у здійсненні здорового вибору.

Таке законодавство має передбачити встановлення відповідного балансу між правами людини й потребами суспільства, поєднувати освітні, примусові й заохочувальні заходи, зокрема ті, що забороняють деякі види послуг, стимулюють здоровий спосіб життя і підтримують освітню урядову політику з питань охорони здоров'я, формування сприятливої громадської думки.

Переорієнтація служб охорони здоров'я, розподіл відповідальності між окремими особами, суспільними групами, фахівцями у галузі охорони здоров'я та урядами з метою спільного створення їхніми зусиллями системи охорони громадського здоров'я, яка б відповідала вимогам поліпшення здоров'я людей.

Роль громадської думки вказує на важливість участі населення в законодавчому процесі з питань охорони здоров'я. Іншими словами, законодавство має сприяти створенню та реалізації цінної, скоординованої соціально-заохочувальної програми. Вперше на глобальному рівні про важливість активної участі кожної людини в охороні здоров'я було заявлено у рамках стратегічної концепції здоров'я, що була проголошена в Алма-Атинській декларації, прийнятій на Міжнародній конференції з первинної медико-санітарної допомоги під егідою ВООЗ (1978).

Цей документ заклав основи формування нової політики з охорони здоров'я на глобальному, регіональному та національному рівнях держав - членів ВООЗ, підкресливши, що охорона здоров'я кожної людини є стрижнем

стратегії досягнення здоров'я для всіх і залежить від рівня санітарної освіти та інформованості людини з питань охорони здоров'я.

Відтоді пропаганда здорового способу життя, мобілізація громадської думки та засобів масової інформації, а також заохочення освіти з питань здоров'я та заходів з охорони здоров'я стали одним з головних завдань політики.

На початкових етапах реалізації політики здоров'я для всіх інколи помилково вважалося, що за наявності відповідної інформації люди автоматично віддаватимуть перевагу здоровому способу життя. Однак, не принижуючи значення глибоких знань, інформації та санітарної освіти, реальні дані засвідчили про інше. І проблеми часто поєднані з труднощами, зумовленими домінуючим фізичним, соціальним, економічним та культурним середовищем, від якого залежить той чи інший стереотип поведінки окремих осіб, груп або населення якоїсь місцевості.

Більше того, до шкідливих для здоров'я звичок прилучаються часто саме найбільш вразливі прошарки населення, серед яких спостерігаються вищі показники розповсюдженості паління, вживання алкогольних напоїв та наркотиків, оскільки ці прошарки зазнають найбільшого стресу, намагаючись подолати життєві труднощі, зумовлені неадекватним рівнем доходу, незадовільною освітою, безробіттям та нестабільністю у питаннях працевлаштування.

На цьому аспекті особливо було наголошено на Першій міжнародній конференції з питань сприяння здоров'ю, що відбулася в Оттаві (Канада) у 1986 р. Результатом стало прийняття Хартії про сприяння здоров'ю, відомої як Оттавська хартія, що й донині є основою для всіх, хто займається діяльністю, спрямованою на сприяння здоров'ю. Вказаний документ визначив декілька головних напрямів діяльності у сфері сприяння здоров'ю, а саме:

- формування сприятливої для здоров'я багатосекторальної державної політики, яка має поєднувати різні взаємоповнюючі заходи (законодавчі, фінансові, податкові та організаційні зміни тощо), спрямовані на поліпшення

здоров'я, зростання прибутків та вирівнювання умов і можливостей різних верств населення, забезпечення необхідними товарами і створення сприятливих для здоров'я середовищ із урахуванням умов життя, праці та відпочинку;

- підвищення активності громад у пропаганді здорового способу життя, залучення їх до визначення пріоритетів, планування стратегій поліпшення здоров'я шляхом безперешкодного доступу до інформації щодо засвоєння навичок сприяння поліпшенню здоров'я;

- розвиток персональних навичок членів суспільства щодо сприяння здоровому способу життя через надання інформації, освіти в сфері охорони здоров'я з метою збільшення спроможності людей робити правильний вибір у намаганнях поліпшити власне здоров'я та оточення, правильно спрямувати відповідні зусилля у школі, за місцем роботи та у власному оточенні шляхом залучення освітніх, професійних, комерційних, добровільних організацій та безпосередньо органів охорони сектора охорони здоров'я за межі надання поліклінічних та лікувальних послуг і делегування йому ширших повноважень у сфері культурних потреб людей з метою сприяння задоволенню індивідуальних та громадських потреб щодо запровадження здорового способу життя;

- забезпечення взаємодії між сектором охорони здоров'я та широкими суспільними, політичними, економічними компонентами оточення;

- збільшення уваги до досліджень у сфері охорони здоров'я, забезпечення змін у системі професійної освіти.

Подальший розвиток міжнародні підходи до визначення політики сприяння здоров'ю та пропаганди здорового способу життя отримали в рекомендаціях Другої міжнародної конференції з питань сприяння здоров'ю, що відбулася у 1988р. в Аделаїді (Австралія) та у підсумковій заяві Третьої Міжнародної конференції з питань сприяння здоров'ю (Сундсваль, Швеція, 1991 р.) . Однак підсумком 20-річної діяльності ВООЗ щодо розвитку цих підходів стала Четверта Міжнародна конференція (Джакарта, Індонезія, 1997 р.), де

було прийнято Декларацію про сприяння здоров'ю у XXI столітті.

Даний документ охарактеризував нові зміни щодо детермінант здоров'я, визначивши його передумовами мир, житло, соціальні гарантії, соціальні відносини, харчування, дохід, надання жінкам рівних з чоловіками прав, стабільну екосистему, стале забезпечення ресурсами, соціальну справедливість, повагу до прав людини та справедливості, і назвав найбільші загрози здоров'ю.

У ньому йдеться про те, що здоров'ю та самому існуванню мільонів людей загрожують демографічні зміни, такі як урбанізація, постаріння населення і пов'язане з ним розповсюдження хронічних хвороб, низька фізична активність населення, виникнення резистентності до антибіотиків та інших ліків, зростання наркотичної залежності, вуличного та домашнього насильства, поява нових інфекційних хвороб, психічні розлади. Все це вимагає активізації діяльності, спрямованої на охорону громадського здоров'я, особливо щодо якомога ширшого запровадження відповідних змін у способі та якості життя людей.

Підтвердивши вірність основним стратегіям щодо сприяння здоров'ю, визначених Оттавською хартією, Джакартська декларація проголосила основними пріоритетами: суспільну відповідальність за здоров'я; збільшення інвестицій у розвиток охорони здоров'я; зміцнення і розширення партнерства в охороні здоров'я; збільшення можливостей громади та індивідуальних можливостей; забезпечення надійної інфраструктури сприяння здоров'ю, яка має передбачати нові механізми діяльності урядових, неурядових організацій, освітніх інституцій та приватного сектора з метою максимальної мобілізації їх ресурсів на локальному, національному та глобальному рівнях.

Реалізація цих пріоритетів має забезпечуватися запобіганням спричиненню шкоди з боку одних індивідів здоров'ю інших; захистом довкілля й забезпеченням сталого використання ресурсів; обмеженням виробництва та розповсюдження потенційно шкідливих товарів і речовин, а також нездорової

ринкової практики; захистом громадян як на ринку праці, так і на їх робочих місцях; визнанням оцінки справедливості у сфері охорони здоров'я, інтегральною частиною політики розвитку.

У Декларації підкреслюється, що збільшення можливостей громади у сприянні здоров'ю і утвердження здорового способу життя вимагає розвитку практичної освіти, підготовки лідерів та забезпечення вільного доступу до ресурсів, а збільшення можливостей індивідів; більш послідовного й надійного доступу до процесу прийняття рішень, оволодіння необхідними навичками та знаннями.

Положення цих та низки інших міжнародних документів, що стосуються більш детального визначення політики і конкретних стратегій у таких напрямках діяльності, як зменшення шкоди, що спричиняється тютюном, алкоголем та наркотиками, профілактика і боротьба з хворобами, що передаються статевим шляхом були враховані при розробці і прийнятті у подальшому нових програмних документів ВООЗ як на глобальному, так і Європейському рівні зокрема.

Так, сприяння здоровому та протидію нездоровому способу життя визначено одним з десяти глобальних завдань політики досягнення здоров'я для всіх у ХХІ ст., прийнятої світовим співтовариством у травні 1998 року. На регіональному рівні йому відповідають закладені в Основи політики досягнення відносно харчування, фізичних вправ, сексуального життя; зменшення шкоди, спричиненої алкоголем, тютюном; забезпечення здорового середовища шляхом створення багатосекторальних механізмів, які дозволяють зробити більш здоровими житло, школи, робочі місця та населені пункти; створення безпечних та сприятливих фізичних, соціальних та економічних умов життя з метою забезпечення здоров'я молоді тощо. Саме в цьому документі поняття "зміцнення здоров'я" перетворилося з доволі нечіткої й невизначеної ідеї в обґрунтовану концепцію зміцнення здоров'я населення, яка охоплює "здорову громадську

політику" й серію конкретних стратегій та методів, спрямованих на широке запровадження здорового харчування та фізичної активності, зменшення ризику для здоров'я у зв'язку з вживанням тютюну, алкоголізмом та наркоманією, які є пріоритетами у цій сфері на наступне століття.

Комплексний аналіз законодавчої бази України і зіставлення її з положеннями відповідних документів міжнародної спільноти свідчать про те, що, в основному, законодавство України відповідає основним міжнародним стратегіям політики сприяння здоров'ю та здоровому способу життя. Вона визначена законодавством України як один з основних напрямів державної політики охорони здоров'я, що передбачає необхідність здійснення багатосекторальної діяльності, залучення до неї держави, суспільства, некомерційних та комерційних неурядових організацій та громадян. Пріоритети цієї діяльності в Україні також в цілому збігаються з визначеними Основами політики досягнення "Здоров'я для всіх у XXI столітті" [16].

Відповідні правові норми містяться, головним чином, в Основах законодавства України про охорону здоров'я, законах "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення", "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунно-дефіциту (СНІД) та соціальний захист населення", "Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними", "Про загальну середню освіту", "Про фізичну культуру і спорт", "Про рекламу", "Про якість та безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини", "Про благодійництво та благодійні організації", Кодексі України про адміністративні правопорушення, Кримінальному кодексі України, у законодавчих актах, що стосуються охорони праці, навколишнього середовища, оподаткування та інших, у проекті Закону України "Про систему громадського здоров'я", а також в ряді нормативних актів Президента України, Кабінету Міністрів, Міністерства охорони здоров'я та деяких інших центральних органів виконавчої

влади [2-7].

Однак очевидним є те, що окремі положення національного законодавства України, що прямо чи опосередковано стосуються регулювання цих проблем, потребують певного вдосконалення з метою врахування міжнародних стандартів. Це є актуальним в тому числі й з огляду на необхідність реалізації Концепції адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу, схваленої постановою Кабінету Міністрів України (1999). Зокрема, доцільним було б ввести до Основ законодавства України про охорону здоров'я (або передбачити в майбутньому в окремому законі про контроль над тютюном) норми, що повинні визначити право людини на вільні від тютюнового диму громадські місця і правові механізми реалізації цього права. Доцільним було б також повернутися до внесення відповідних змін у Закон України "Про рекламу", які б забезпечили, повну заборону (а не лише певні обмеження, як це має місце в даний час) реклами тютюнових виробів, заборону спонсорської підтримки з боку тютюнової промисловості.

Актуальною є також необхідність прийняття відповідного закону, який би встановлював спеціальний збір на прибутки, отримані від продажу тютюну та алкоголю, кошти з якого повинні спрямовуватися на фінансування охорони здоров'я, передусім заходів і щодо боротьби з тютюнопалінням та зловживанням алкоголем. Заслужують на увагу вищого законодавчого органу України й деякі інші стратегії, передбачені міжнародними документами щодо визначення політики боротьби з зловживанням алкоголем, наприклад, необхідність підвищення морально-етичної та юридичної відповідальності тих, хто причетний до збуту алкоголю та надання послуг з пропозицією алкогольних напоїв.

У сфері законодавчого врегулювання заходів боротьби з хворобами, що передаються статевим шляхом, слід звернути увагу на доцільність відміни деяких норм Кодексу України про адміністративні правопорушення та

Кримінального кодексу України, які не сприяють конфіденційності та добровільному зверненню за медичною допомогою тощо.

Разом з тим, не менш актуальною є проблема забезпечення належного виконання вимог чинного законодавства щодо сприяння здоров'ю та здоровому способу життя з боку всіх суб'єктів суспільних відносин - органів державної виконавчої влади та місцевого самоврядування, підприємств, громадських організацій та окремих громадян.

Складні соціально-економічні умови розбудови національної системи охорони здоров'я в Україні вимагають нових підходів до формування політики управління на всіх рівнях влади у сфері охорони громадського здоров'я : збереження, зміцнення та відтворення здоров'я. Враховуючи, що здоров'я - це стан повного фізичного, душевного й соціального благополуччя, маємо визнати, що пов'язаний з ним комплекс проблем є сьогодні в Україні найбільш важливим як у житті кожної людини, так і нації в цілому.

Тому стратегічним напрямом політики Української держави має стати перехід від пріоритету надання медичної допомоги до управління здоров'ям. При цьому необхідно домогтись усвідомлення на всіх рівнях управління того, що здоров'я лише на 10-15% залежить від діяльності відповідної галузі, впливати на решту чинників можна лише скоординованою діяльністю усього суспільства через провадження певної державної політики в усій сфері охорони громадського здоров'я.

Реалізація такої політики має здійснюватись не як переважно було досі органами й закладами охорони здоров'я, а шляхом керованої на всіх рівнях міжсекторальної співпраці усіх галузей народного господарства, підприємців і роботодавців із залученням громадських і політичних організацій та широких верств населення.

Адміністративно-територіальна реформа передбачає створення нової, більш досконалої та ефективної системи державного управління з поступовим

переходом від галузевого до функціонального принципу побудови та діяльності органів державного управління. Це стосується, зокрема, й сфери охорони, збереження, зміцнення та відтворення здоров'я, забезпеченню ефективного функціонування якої призначена не лише галузь охорони здоров'я, але й уся структура виконавчої влади.

Найбільш складним комплексом проблем, що їх необхідно вирішувати є перерозподіл повноважень між центральними та місцевими органами управління охорони здоров'я, та між ними й лікувально-профілактичними закладами. В нинішній ситуації, коли центральні органи галузевого управління не здійснюють ресурсного забезпечення своїх управлінських рішень і фактично зняли із себе відповідальність за їх виконання, зросла реальна роль регіонального та місцевого рівня управління охороною громадського здоров'я.

Однак при цьому важливо, щоб регіональний рівень, формуючи практично власну регіональну політику, що враховує місцеві особливості, дотримувався чітко визначеної загально-державної політики й стратегії охорони здоров'я. Такий підхід дозволяє активізувати регіональну ініціативу та відповідальність перед суспільством і отримувати відповідну підтримку у вигляді різних форм та методів ресурсного забезпечення процесів реалізації політики, стратегії й тактики галузі в цілому.

Аналіз, проведений у системно-історичному аспекті, дозволяє стверджувати, що існуюча система управління охороною здоров'я в процесах щодо реформування галузі намагалась враховувати специфіку регіонів, однак різке загострення загальнодержавної соціально-економічної кризи призвело до істотного обмеження важелів управління процесами реформування. Через це переважно зусилля галузі нині сконцентровані на збереженні наявної мережі державних та комунальних лікувально-профілактичних закладів, як того вимагає Конституція України.

Оскільки ресурсне забезпечення та відповідальність фактично перейшла

на регіональний та місцевий рівні, постає проблема формування нової політики, стратегії і тактики, які мають враховувати різноманітність економічних, ресурсних, географічних, кліматичних, екологічних та інших особливостей, що певною мірою впливають на функціонування народно-господарського комплексу регіону й специфіку сфери охорони здоров'я зокрема.

До цих процесів мають бути активно залучені широкі кола громадськості, зокрема медичної, зацікавлені громадські організації та об'єднання населення. Необхідно проводити моніторинг громадської думки з цього приводу; на його основі розробляти підходи до формування нової політики, стратегії й тактики, що передбачають необхідність переходу від домінуючої в галузі ідеології пріоритету надання медичної допомоги до концептуально нової ідеології управління здоров'ям, що знайшло розуміння й підтримку серед частини медичної громадськості.

Для ефективного управління органами і закладами охорони здоров'я, зокрема на регіональному та місцевому рівнях, розроблені та впроваджуються системи підтримки схвалення та реалізації управлінських рішень. У базах даних накопичено інформацію щодо стану здоров'я населення, довкілля, рівня захворюваності й травматизму, матеріально-технічного, кадрового, фінансово-економічного, медикаментозного та інших видів забезпечення галузі на рівні регіонів.

Інформаційно-аналітична оцінка та моніторинг показників дають змогу не лише здійснювати аналіз стану функціонування регіональних та муніципальних систем охорони здоров'я і медико-санітарного забезпечення населення, але й розробляти та приймати ефективні програми, комплекси заходів, плани та інші управлінські рішення.

Застосування прогресивних технологій управління дає змогу, враховуючи регіональні особливості, більш швидкими темпами й на більш високому рівні здійснювати реалізацію нової політики щодо забезпечення ефективної діяль-

ності регіональних систем охорони здоров'я в тих сучасних умовах, які склалися.

3.3. Правові підходи щодо сприяння здоровому способу життя населення України

У світовій практиці накопичений великий досвід законодавчо-нормативного забезпечення охорони громадського здоров'я та, зокрема, формування здорового способу життя. Міжнародне співробітництво держав у галузі прав людини відбувається у формі прийняття певних стандартів стосовно змісту правового статусу індивіда та прийняття державами зобов'язань дотримуватись цих стандартів у своєму внутрішньому законодавстві і у повсякденній діяльності. Міжнародне товариство у рамках ООН виробило низку документів (декларації, договори, програми), що містять у собі норми стосовно як питань прав людини взагалі, так і права на збереження та поліпшення здоров'я, зокрема.

Перший із цих документів – Загальна декларація прав людини, затверджена і проголошена Генеральною Ассамблеєю ООН 10 грудня 1948 р. Пізніше приймалися інші документи, насамперед Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права та Міжнародний пакт про громадянські та політичні права (обидві прийняті 19 грудня 1966 р.). Ці три міжнародно-правові акти прийнято називати “Хартією прав людини”. Юридична сила документів, що входять до неї – різна. У Загальній декларації прав людини містяться норми-рекомендації, тобто закріплені в ній положення бажані, але не обов'язкові для держав – членів ООН. Норми поведінки закріплені, закріплені у Пактах, які по суті є міжнародними договорами, вважаються обов'язковими для держав, що приєдналися до них. Так, у статті 12 Міжнародного Пакту про

економічні, соціальні та культурні права записано, що кожний має право на найвищий, досяжний рівень фізичного, та психічного здоров'я.

Засоби щодо втілення положень пактів у життя містяться як у самих пактах так і в окремому документі – факультативному протоколі до Пакту про громадянські та політичні права.

Крім цього існує низка договорів, конвенцій, протоколів які мають на меті закріплення співробітництва держав з питань боротьби з масовими порушеннями прав людей (наприклад, Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації, захисту прав окремих категорій індивідів (наприклад, Декларація прав дитини) та співробітництва держав з питань правового статусу індивідів (наприклад, Конвенція про статус біженців). Крім вищезгаданого Пакту та документів питання охорони здоров'я містяться у багатьох інших номативних актах.

Зокрема, у документах Всесвітньої Медичної Асоціації: “Дванадцять принципів організації охорони здоров'я “ (1983 р.), “ Положення про генетичне консультування та генну інженерію” (1987 р.), Положення про доступність медичної допомоги (1988 р.), Положення про професійну відповідальність лікарів при лікуванні хворих на СНІД (1988), Декларація стосовно прав лікарів у вирішенні екологічних та демографічних проблем (1988 р.), Положення про захист прав і конфіденційність пацієнта (1993 р.), Резолюція лікарів до проблеми трансплантації (1994 р.), Положення про безпеку робочого місця (1993 р.), в інших документах цієї організації. Відповідні положення закріплені також у Конвенції Всесвітньої Асоціації психіатрів: “ Положення про права та юридичний захист психічнохворих” (1989р.), документах Ради Європи: Резолюція про приведення у відповідність законодавства держав-учасниць з питань трансплантації матеріалів організму людини (1978 р.), Принцип проведення досліджень на людях (1990 р.) тощо. Україна підписала і

ратифікувала практично всі документи, що стосуються прав людини і громадянина.

Сучасність потребує повної узгодженості національного законодавства з нормами та принципами, закріпленими Європейською Конвенцією про захист прав людини та основних свобод. Разом з тим, необхідно визначити допустимі форми і методи реалізації цих норм і принципів, врахувавши особливості розвитку нашої країни. Але в Україні недостатньо сформовані концепції розвитку медичного права та законодавчого забезпечення здорового способу життя, що дали б змогу визначати загальні підходи, структуру, порядок (черговість) розроблення і прийняття законів.

Розвинена, систематизована і прозора законодавчо-нормативна база щодо сприяння здоровому способу життя уже сама по собі є потужним заходом збереження та зміцнення здоров'я, і мала б формуватися на основі таких принципових підходів:

- найголовнішим з них має бути усвідомлення того, що альтернативного шляху збереження та поліпшення здоров'я населення, крім впровадження здорового способу життя, не існує;
- законодавчо-нормативна база має узгоджуватися з підходами та вимогами міжнародного співтовариства у цій сфері життєдіяльності;
- впровадження здорового способу життя повинно ґрунтуватися на розвиненій законодавчій базі та на зверхності права.

Законодавча база стосовно охорони громадського здоров'я та, зокрема, формування здорового способу життя має посідати чільне місце у ієрархії права у відповідності до того місця, яке займає охорона здоров'я в ієрархії загальнолюдських цінностей.

Окремого законодавства про сприяння здоровому способу життя в Україні немає. Відповідні правові норми щодо цього містяться у нормативно-правових актах, різних сфер і галузей законодавства.

Здоров'я людини в Україні розглядається як одне з головніших немайнових благ особи. Статтею 3 Конституції України здоров'я людини як і її життя, особиста гідність, недоторканість та безпека, визначене найвищою цінністю. Згідно із статтею 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я [1].

У статті 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я, що після Конституції є другим за важливістю (юридичною вагою) правовим актом у цій сфері, здоров'я визначається як стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад. Таким чином, у національне законодавство України практично імплементоване визначення здоров'я, схвалене ВООЗ [2].

Слід наголосити на тому, що Основи законодавства України про охорону здоров'я не лише дають визначення основних понять, змісту права на охорону здоров'я та її принципів, а й водночас встановлюють певні обов'язки для суспільства, держави та особистості.

Зокрема у статті 25 “Підтримання необхідного для здоров'я життєвого рівня населення” встановлено, що держава забезпечує життєвий рівень населення, в тому числі їжу, одяг, житло, медичний догляд, соціальне обслуговування і забезпечення, необхідні для підтримання здоров'я. З цією метою на основі науковообгрутованих медичних, фізіологічних та санітарно-гігієнічних вимог встановлюються єдині мінімальні норми заробітної плати, пенсій, стипендій, соціальної допомоги та інших доходів населення, організується натуральне, в тому числі безоплатне забезпечення найбільш уразливих категорій населення продуктами харчування, одягом, ліками та іншими предметами першої необхідності, вживається комплекс заходів щодо задоволення потреб біженців, безпритульних, інших осіб, у яких немає певного місця проживання, надаються послуги медичної допомоги і соціального

обслуговування особам, які перебувають у важкому матеріальному становищі, загрозовому для їхнього життя і здоров'я.

Стаття 28 “Створення сприятливих умов праці, навчання, побуту та відпочинку” проголошує, що з метою забезпечення сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту і відпочинку, високого рівня працездатності, профілактики травматизму і професійних захворювань, отруєнь та запобігання іншої можливої шкоди для здоров'я встановлюються єдині санітарно-гігієнічні норми до організації виробничих та інших процесів, пов'язаних з життєдіяльністю людей, а також до якості техніки, обладнання, будівель, споживчих товарів та інших об'єктів, які можуть мати шкідливий вплив на здоров'я. Всі державні стандарти, технічні умови і промислові зразки обов'язково узгоджуються з органами охорони здоров'я.

Власники і керівники підприємств, установ і організацій зобов'язані забезпечити в їх діяльності дотримання правил техніки безпеки, виробничої санітарії та інших вимог щодо охорони праці, передбачених законодавством про працю, не допускати шкідливого впливу на здоров'я людей та навколишнє середовище.

Держава забезпечує нагляд і контроль за створенням сприятливих для умов праці, навчання, побуту і відпочинку, сприяє контролю з цих питань.

Стаття 32 “Сприяння здоровому способу життя населення”, зокрема, встановлює, що держава сприяє утвердженню здорового способу життя населення шляхом поширення наукових знань з питань охорони здоров'я, організації медичного, екологічного і фізичного виховання, вживає заходів щодо підвищення гігієнічної культури населення, створення необхідних умов, у тому числі медичного контролю, для заняття фізкультурою, спортом туризмом, розвиток мережі лікувально- фізкультурних закладів, профілакторіїв, баз відпочинку та інших оздоровчих закладів, боротьби із шкідливими для здоров'я людини звичками, встановлення системи соціально-економічного

стимулювання осіб, які ведуть здоровий спосіб життя. Крім того, у даній статті визначається, що в Україні проводиться політика щодо обмеження паління та вживання алкогольних напоїв.

Додаткове, більш детальне регулювання основних аспектів сприяння здоров'ю та впровадженню здорового способу життя забезпечується низкою інших нормативних актів Президента України та Кабінету Міністрів України, центральних органів виконавчої влади.

Важливе значення для вирішення проблеми здорового вибору має Закон України “Про рекламу”. Цим Законом серед інших загальних обмежень рекламної діяльності забороняється надавати відомості або закликати до дій, які можуть спричинити порушення законодавства, , завдають чи можуть завдати шкоди здоров'ю або життю людей і навколишньому середовищу, а також спонукають до нехтування засобами безпеки.

Не менш важливим є Закон України “Про благодійництво та благодійні організації”, стаття 4 якого одним з основних напрямів благодійної діяльності визначила сприяння розвитку охорони здоров'я, масовій фізичній культурі, спорту і туризму, пропагування здорового способу життя, участь у наданні медичної допомоги населенню та здійснення соціального нагляду за хворими, інвалідами, самотніми, людьми похилого віку та іншими особами, які через свої фізичні матеріальні чи інші особливості потребують соціальної підтримки та піклування.

Для забезпечення безпеки якості продуктів харчування в Україні створено відповідну законодавчу базу. Зокрема, схвалений Закон України “Про якість та безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини”. Даний Закон є основою регулювання процесу забезпечення якості та безпеки харчових продуктів і продовольчої сировини [3].

Він забороняє виготовляти, ввозити, реалізовувати, використовувати в оптовій чи роздрібній торгівлі, громадському харчуванні неякісні, небезпечні

для здоров'я та життя людини або фальсифіковані харчові продукти, продовольчу сировину і супутні матеріали, встановлює чіткі критерії, за якими продукти харчування та продовольча сировина визнаються неякісними, небезпечними для здоров'я і життя людини та фальсифікованими, визначає порядок затвердження харчових добавок, дозволених для використання у харчових продуктах, вимоги щодо запобігання використанню небезпечних продовольчої сировини, супутніх матеріалів та технологій їх виготовлення (обробки, переробки).

Важливим з точки зору сприяння здоровому вибору є встановлення Законом вимоги про маркування харчових продуктів, які, зокрема, забороняють реалізацію і використання вітчизняних та ввезення в Україну імпортованих харчових продуктів без маркування державною мовою України, що містить у доступній формі інформацію про усі характеристики харчового продукту.

Одним з важливих аспектів здорового харчування, увага якому нині приділяється в усьому світі, є запобігання дефіциту йоду. З цією метою Урядом України на виконання Національної програми “Діти України” видано постанову “Про деякі заходи щодо масової профілактики захворювань, пов'язаних з йодною недостатністю. Цією постановою Міністерству агропромислового комплексу доручено налагодити виробництво і постачання йодованої кухонної солі у необхідних кількостях, а місцевим органам виконавчої влади – рекомендувати торгівельним організаціям усіх форм власності здійснювати продаж населенню такої солі.

Напрацьована значна законодавча і нормативна база щодо підтримки розвитку фізичної культури і спорту в державі – Закони України “Про фізичну культуру і спорт”, “Про об'єднання громадян”, “Про освіту”, “Про підприємництво”, інші закони, підзаконні та нормативні акти.

Створення умов для занять фізичною культурою населення за місцем проживання та у місцях масового відпочинку населення покладається на місцеві

органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування за рахунок коштів відповідних бюджетів на підставі державних нормативів фінансування фізкультурно-оздоровчих програм.

Україна має досить потужне й розгалужене законодавство про охорону навколишнього природного середовища, щодо умов навчання і праці молоді, інших соціально-економічних умов.

В основу охорони природного середовища закладено необхідність забезпечення сприятливого для здоров'я довкілля шляхом недопущення його забруднення, раціонального використання та відновлення в процесі господарської діяльності. Основним актом загальнонаціонального рівня з цих питань є Закон України “Про охорону навколишнього природного середовища”.

Основні ідеї, які містять головні міжнародні документи з питань громадського здоров'я, свідчать про чітке усвідомлення того, що основним шляхом досягнення максимально можливого здоров'я є впровадження здорового способу життя та створення сприятливого навколишнього середовища, що розуміється у широкому сенсі як соціально-економічне та фізичне оточення людини.

У розвинених країнах світу формування здорового способу життя є окремим напрямом правової діяльності. Досвід з прийняття законодавчо-нормативних актів країнами світової спільноти показує також важливість законодавчого забезпечення активної участі громадськості – окремих осіб, громад та громадських організацій, впровадження принципу субсидіарності, надання широких можливостей місцевим органам влади у прийнятті відповідних програм і нормативних актів.

Комплексний аналіз законодавчої бази України і порівняння її з положеннями відповідних документів міжнародного співтовариства свідчать про те, що законодавство України в цілому відповідає основним міжнародним стратегіям політики сприяння здоров'ю та здоровому способу життя.

Сприяння здоров'ю та здоровому способу життя визначене законодавством України як один із чинників державної політики охорони здоров'я, що передбачає необхідність багатосекторальної діяльності, залучення до неї держави, громад, некомерційних і комерційних неурядових організацій та індивідуумів.

Як свідчить аналіз, пріоритети цієї діяльності в Україні в цілому збігаються з пріоритетами у цій сфері, визначеними Основами політики досягнення здоров'я для всіх у 21 столітті в Європейському регіоні ВООЗ.

Однак, очевидним є те, що деякі положення законодавства України, які прямо чи опосередковано стосуються регулювання проблем, пов'язаних з громадським здоров'ям, формуванням здорового способу життя населення, потребують вдосконалення з метою врахування міжнародних підходів.

Актуальною є необхідність прийняття парламентом окремого закону, який би встановлював спеціальний збір на прибутки, отримані від продажу тютюну і алкоголю, кошти з якого повинні спрямовуватись на фінансування охорони здоров'я, передусім на заходи по боротьбі з тютюнопалінням та зловживанням алкоголем. Заслуговують на увагу вищого законодавчого органу України й деякі інші стратегії, передбачені міжнародними документами щодо визначення політики боротьби з тютюном та зловживанням алкоголем.

Разом з тим, не менш актуальною є проблема забезпечення виконання вимог чинного законодавства щодо сприяння здоров'ю та здоровому способу життя з боку всіх суб'єктів суспільних відносин – органів державної виконавчої влади та місцевого самоврядування, підприємств, громадських організацій та окремих громадян. На сьогодні досить широка нормативна база, напрацьована в Україні, є недостатньо ефективною через невиконання діючих законів.

У процесі оновлення та реформування законодавства України щодо громадського здоров'я слід враховувати різні чинники і явища, що стосуються

захисту права кожного індивіда на досягнення максимально можливого здоров'я.

По-перше, повинні бути прийняті до уваги діючі міжнародні стандарти стосовно захисту права людини на життя та забезпечення здоров'я.

По-друге, недоцільно скасовувати ті закони і норми, права, які витримали перевірку часом – зміни повинні відбуватись поступово.

По-третє, за досвідом попередньої законотворчості нові закони досягають своєї мети лише за умов стабілізації економіки. В іншому разі неминучими будуть нескінченні зміни та доповнення до них.

Отже, потребує доопрацювання чинна законодавча база з метою комплексного забезпечення діяльності з охорони громадського здоров'я таким чином, щоб вона забезпечила еволюційний перехід до нових форм і методів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я і враховувала б необхідність широкої інтеграції нашої країни у міжнародну спільноту як з питань охорони здоров'я, так і з питань захиту прав людини.

Таким чином, державні гарантії у сфері охорон громадського здоров'я можуть бути повністю реалізовані, перш за все, якщо буде чітко сформульовано державне замовлення. Державне замовлення у сфері оохорони громадського здоров'я має складатися з трьох частин – це, по-перше, гарантований державою обсяг безоплатної медичної допомоги (за кошти державного бюджету), по-друге, національні програми з охорони громадськогоздоров'я, і, по-третє, цільові державні програми.

ВИСНОВКИ

1. З'ясовано, що інтегральні показники стану здоров'я населення України у порівнянні з показниками країн Європейського Союзу та інших країн світу незадовільні; відсутні позитивні тенденції у стані громадського здоров'я в Україні.

2. Констатовано, що соціально-економічні перетворення в Україні не сприяють покращенню стану здоров'я населення, з одного боку, а з іншого, спричинили порушенню управлінських зв'язків як по вертикалі, так і на місцевому рівні. Сьогодні для системи громадського здоров'я та галузі охорони здоров'я характерна не досить ефективна управлінська, фінансова та організаційна інтеграція.

3. Визначено, що докорінні зміни, спрямовані на покращення здоров'я громадян, мають базуватися на обґрунтованій інноваційній стратегії охорони громадського здоров'я, зокрема, на міжгалузевій взаємодії. При цьому здоров'я населення слід розглядати як соціальну домінуючу національної безпеки України в забезпеченні конституційно визначених соціальних гарантій та реалізації пріоритетів соціально-економічного розвитку України.

4. Обґрунтовано, що формою організації системи громадського здоров'я на місцевому рівні, є об'єднання можливостей і прагнень суб'єктів господарювання, спрямованих на суспільні потреби та очікування, їх взаємодія. Вона являє собою мережеву систему організацій та підприємств, спеціалізованих постачальників, наукових центрів, управлінь регіонального розвитку, самоврядних громадських організацій і має на меті забезпечення зміцнення, збереження та відновлення здоров'я населення певного регіону.

5. Доведено, що одним із напрямів прискорення реформування системи громадського здоров'я в Україні є узагальнення та поширення кращого вітчизняного та міжнародного досвіду, зокрема моделі територіальної

управлінської та організаційно-правової міжгалузевої взаємодії з метою покращення стану здоров'я населення. Така модель сприятиме поглибленню зв'язків між інституціями громадського здоров'я та охорони здоров'я і зовнішнім середовищем (органи місцевого управління, соціально-економічне середовище, освіта, стан довкілля тощо), що в свою чергу допоможе виконувати стратегічні завдання з покращення громадського здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України. Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року. Київ, 1997. С. 67.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я // Відомості Верховної Ради України. 1993. № 4, ст.19 (Із змінами, внесеними згідно із Законами України № 2978-12 від 03.02.93 р., ВВР, 1993 р., № 15, ст.132; № 4039а-12 від 25.02.94, №28, ст.235; № 183/94-ВР від 23.09.94 р., ВВР, 1994, № 41, ст.376; № 200/94-ВР від 13.10.94 р., ВВР, 1994, № 45, ст. 404; № 70/97-ВР від 14.02.97 р.; Декретом № 23-92 від 31.12.92 р., ВВР, 1993, № 11, ст.93).
3. Закон України “ Про якість та безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини” //Відомості Верховної Ради. 1998. № 19. Ст. 98.
4. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 жовтня 1997 р. № 1171 “Про деякі заходи щодо масової профілактики захворювань, пов'язаних з йодною недостатністю”.
5. Постанова Кабінету Міністрів України від 12 листопада 1997 р. № 1258 “Про Координаційну раду з контролю над тютюном при Кабінеті Міністрів України” .
6. Закон України “ Про охорону навколишнього природного середовища” // Відомості Верховної Ради. 1991. № 41. Ст. 546 (Із змінами, внесеними згідно із Законами № 3180-12 від 05.05.93 р., № 15, ст. 70; № 650/97-ВР від 19.11.97 р., ВВР, 1998, № 11-12, ст. 41; № 186/98-ВР від 05.03.98 р., ВВР, 1998, № 34, ст. 230; № 783-14 (783-14) від 30.06.99 р., ВВР, 1999, № 34, ст. 274; № 934-14 (934-14) від 14.07.99 р., ВВР, 1999, № 38, ст. 338).
7. Закон України “ Про охорону праці” // Відомості Верховної Ради. 1992. №49. Ст. 668 (Із змінами, внесеними згідно із Законами № 196/96-ВР від

- 15.05.96р., ВВР, 1996, № 31, ст. 145; № 783-14 (783-14) від 30.06.99 р., 1999, №34, ст.274).
8. Браун М. Пол. Посібник з аналізу державної політики. Київ : Основи, 2000. 243 с.
 9. Васюк Н.О., Ушакова О.І. Ключові компетенції керівних кадрів-лідерів у сфері охорони здоров'я: міжнародний досвід: матеріали щоріч. міжнар. наук.-практ. конф. «Україна 2030: публічне управління для сталого розвитку» (Київ, 2020 р.): у 3 т. / за заг. ред. А. П. Савкова, М. М. Білинської, О. М. Петроє. Київ : НАДУ, 2020. Т. 1. С 11-13.
 10. Гаєвська Л.А., Васюк Н.О., Ушакова О.І. Зарубіжний досвід підготовки керівних кадрів-лідерів – виклики для публічної політики у сфері охорони здоров'я в Україні. Державне управління: удосконалення та розвиток. №7, 2020. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?n=7&y=2020>
DOI: 10.32702/2307-2156-2020.7.2
 11. Жаліло Л., Мартинюк О. Формування компетенцій за стандартами підготовки керівників з державного управління у сфері охорони здоров'я. Державне управління : теорія та практика. Електронний ресурс. 2010. Вип. 2. Режим доступу: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej12/txts/10simsoz.pdf>
 12. Жаліло Л., Солоненко І., Волос Б., Кунгурцев О., Мартинюк О., Солоненко Н. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти : навч. посібник. Київ : Вид-во УАДУ, 2001. 142 с.
 13. Жаліло Л., Мартинюк О., Рожкова І. та ін. Державне управління у сфері охорони здоров'я: суспільні потреби та підготовка кадрів: метод. реком. / за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. І.М. Солоненка. Київ : НАДУ, 2010. 52 с.
 14. Князевич В.М., Жаліло Л.І., Васюк Н.О., Юрочко Т.П., Ушакова О.І. Інституційна обумовленість децентралізації у сфері охорони здоров'я в

- Україні : навч.-метод. мат. / авт. кол. : за ред. д-ра мед. наук В. М. Князевича. Київ : НАДУ, 2017. 45 с.
15. Коментарі та постатейні матеріали про охорону здоров'я. К: "Атіка", 2000. 256 с.
 16. Криворучко І. В., Ушакова О.І. Принципи реформування державного управління в Україні в умовах євроінтеграційних викликів // Теорія та практика публічного управління та адміністрування у ХХІ сторіччі : матеріали ІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції за міжнародною участю здобувачів вищої освіти та молодих вчених (Київ, 22 лист. 2019 р.) / за заг. ред. М. М. Білинської, О. М. Петроє, І. О. Дегтярьової. Київ : НАДУ, 2019. С. 59-61.
 17. Менеджмент в охороні здоров'я / За ред. А. Шортела, Е. Калужного : Пер. з англ. ; наук. ред. Солоненко І.М. К.: Основи, 1998. 500 с.
 18. Медико-соціальні засади публічного врядування у сфері охорони здоров'я: кол. моногр. / [кол. авт. ; упоряд. Н.О. Васюк ; за заг. ред. проф. М.М. Білинської, Н.О.Васюк, О.Д.Фірсової]. (О.І.Ушакова – підрозділ 3.3. Забезпечення рівності та справедливості в сфері охорони громадського здоров'я). Київ : НАДУ, 2018.
 19. Модернізація галузі науки державного управління в умовах суспільних реформ в Україні: монографія / О. М. Петроє та ін.; за заг. ред. О. М. Петроє, Л. І. Федулової. (І.В.Криворучко, О.І. Ушакова – підрозділ 1.5. Принципи державного управління: еволюція становлення, класифікація, європейський вимір) Київ: НАДУ, 2020. 552 с.
 20. Політика та публічне управління у сфері охорони здоров'я : підручник : у 2 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; ред. кол. : В.М. Князевич (голова), Т.П. Юрочко (заст. голови), Я.Ф. Радиш (заст. голови), Л.І. Жаліло (заст. голови) [та ін.]. (І.М. Солоненко, О.І. Ушакова - підрозділ 2.2. Особливості управління охороною здоров'я на

- регіональному і муніципальному (місцевому) рівнях). К. : НАДУ, 2017. Т. 1. 284 с.
21. Савіна Т., Мельник Л., Ушакова О. Підготовка керівних кадрів у сфері охорони здоров'я на засадах компетентнісного підходу у США та Канаді. Підготовка керівних кадрів у сфері охорони здоров'я України в умовах системних змін / монографія за заг. ред. М.М. Білинської, Н.О. Васюк, І.Г. Сурай. Київ: ФОП Лопатіна О.О., 2021, 220 с.
22. Солоненко І.М., Сабліна Л.В., Єна А.І. Наукові засади перебудови управління та фінансування у сфері охорони здоров'я // Вчені записки Університету "КРОК". Серія "Економіка". 2020. № 3 (59). С. 147-156.
23. Солоненко І.М., Сабліна Л.В., Єна А.І. Сучасні та майбутні виклики для публічного управління у сфері охорони здоров'я / І. М. Солоненко, Л. В. Сабліна, А. І. Єна // Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України. 2020. № 2. С. 100-109.
24. Солоненко І.М., Сабліна Л.В., Єна А.І. Розвиток регіонального та місцевого управління у сфері громадського здоров'я в Україні : матеріали наук.-практ. конф. «Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України» (17 марзеєвські читання. Київ, 21-22 жов. 2021 р.). Київ : Інститут громадського здоров'я АМН України, 2021.
25. Солоненко І.М., Солоненко Н.Д., Зюков О.Л. Фінансування в системі охорони здоров'я // Основи сучасного менеджменту охорони здоров'я : навч. посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. За ред. Д.Д. Дячука. Київ : Інтерсервіс, 2015. С. 178-248.
26. Управління охороною здоров'я (для післядипломної освіти): навч.-метод. посібн. За заг. ред. Вороненка Ю.В. Київ : НМАПО ім. П.Л. Шупика,

2010. 3620 с.

27. Ушакова О. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19. Теорія та практика публічного управління та адміністрування у XXI сторіччі : матеріали III Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар.участю здобувачів вищої освіти та молодих вчених в рамках заходу «Школа розвитку молоді» (Київ, 25 листоп. 2020 р.) /за заг. ред. А. Савкова, М. Білинської, О. Петроє, І. Дегтярьової. Київ: НАДУ, 2020. С. 260-263.
28. Ушакова О.І. Міжсекторальна взаємодія у сфері охорони здоров'я в умовах децентралізації: європейський досвід // Реформування публічного управління та адміністрування: теорія, практика, міжнародний досвід : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. за міжнар. участю. 26 жов. 2018 р. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2018. 70 с.
29. Ушакова О.І. Стратегія ВООЗ «Здоров'я - 2020»: завдання для України / О.І. Ушакова // Організація та управління охороною здоров'я : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю (18-20 жов. 2016 року, Київ). – Київ : НАДУ, 2016. С. 62.
30. Ушакова О.І. Особливості кадрової політики у сфері охорони здоров'я в умовах децентралізації / О.І. Ушакова // Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України: матеріали щоріч. Всеукр.наук.-практ. конф.за міжнар. участю (Київ, 23 берез. 2017 р.) / за заг. ред. В.С.Куйбіди, В.М. Князевича, Н.О. Васюк. – Київ : ТОВ «ДСК-Центр», 2017. С. 163-164.
31. Ушакова О. І. Індекс людського розвитку в Україні: виклики для публічної політики у сфері охорони здоров'я / О.І. Ушакова // Публічне врядування в Україні: стан, виклики та перспективи розвитку: матеріали щоріч. Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар. участю присвяч. 100-річчю

- держ. служби в Україні (Київ, 25 трав. 2018 р.) : у 5 т. / за заг. ред. В.С. Куйбіди, М.М. Білинської, О.М. Петроє. Київ : НАДУ, 2018. Т. 5. С. 115-117.
32. Хижняк М., Нагорна А. Здоров'я людини та екологія. Київ : Вид-во "Здоров'я", 1995. 229 с.