

Національний університет кораблебудування
імені адмірала Макарова

Кафедра менеджменту



Пояснювальна записка

до дипломної роботи

магістра

на тему: Вдосконалення державної політики охорони здоров'я в Україні

Виконав: студент 6 курсу, групи 6435мз
спеціальність 073 «Менеджмент»

Карпова Л. М.

(прізвище та ініціали)

Керівник Михайлов М.С.

(прізвище та ініціали)

Рецензент Запорожець І.М.

(прізвище та ініціали)

Миколаїв – 2020 року

Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова

Кафедра менеджменту

Освітньо-кваліфікаційний рівень – *магістр*

Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»

Спеціальність 073 «Менеджмент»

Спеціалізація «Управління закладами охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри менеджменту

д.е.н., проф. Іртищева І.О.

«___» _____ 20__ року

ЗАВДАННЯ

Карпова Лілія Миколаївна

(прізвище, ім'я по батькові)

ПРОВЕСТИ ПІД КЕРІВНИЦТВОМ

к.е.н., доц. Сергійчука Сергія Ілліча

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

НАУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НА ТЕМУ

Вдосконалення державної політики охорони здоров'я в Україні

затверджену наказом ректора НУК від «___» «___» 20__ року № _____

2. Термін подачі роботи на попередній захист _____

3. Вихідні дані: спеціальні літературні джерела, методичні вказівки з питань управління закладами охорони здоров'я, нормативно-законодавчі документи, а також статистичні дані Головного управління статистики України.

4. Перелік питань, які підлягають вивченню: розглянути теоретичні основи державної політики охорони здоров'я; провести дослідження державної політики охорони здоров'я в Україні; розробити шляхи удосконалення державної політики охорони здоров'я в Україні

5. Перелік графічного матеріалу: стан, завдання і заходи державної політики охорони здоров'я в Україні; державні витрати на охорону здоров'я на душу населення проти валового національного доходу на душу населення; державні витрати на охорону здоров'я в процентах від ВВП та від загальних державних витрат; складові впровадження державної політики з охорони здоров'я на рівні територіальної громади; інструментарій для розробки національної стратегії в галузі електронної охорони здоров'я.

6. Консультанти спеціальних розділів:

Найменування	Прізвище, ініціали та посада	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
4. Охорона праці	Мозговий А. М., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

**КАЛЕНДАРНИЙ ГРАФІК
виконання кваліфікаційної роботи**

№ п/п	Етапи виконання кваліфікаційної роботи магістранта	Термін
1	Визначення наукового керівника роботи	
2	Вибір теми роботи та її узгодження її з науковим керівником	
3	Складання попереднього плану роботи, узгодження його з науковим керівником	
4	Збір статистичної інформації в термін проходження практики на базовому підприємстві (установі, організації)	
5	Вивчення друкованих та електронних джерел, економічних реалій, методичних та наукових видань з теми роботи	
6	Систематизація інформації та складання розгорнутого плану роботи, затвердження його науковим керівником	
7	Розробка теоретичного розділу	
8	Розробка аналітичного розділу	
9	Розробка проектного розділу	
10	Розробка четвертого розділу	
11	Розробка вступу, висновків, списку використаної літератури та додатків	
12	Редагування рукопису роботи магістра та ознайомлення з ним наукового керівника	
13	Розробка проекту автореферату роботи	
14	Розробка проекту демонстраційного матеріалу та доповіді	
15	Усунення зауважень наукового керівника та завершення роботи	
16	Подання рукопису кваліфікаційної роботи, автореферату, демонстраційного матеріалу та доповіді на попередній захист	
17	Подання роботи і автореферату рецензенту та отримання рецензії	
18	Захист роботи перед ДЕК	

Науковий керівник _____ / _____ /

Магістрант _____ / _____ /

АНОТАЦІЯ

Карпова Л. М. "Вдосконалення державної політики охорони здоров'я в Україні"

Дипломна робота на здобуття кваліфікації магістра з менеджменту. Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова, Миколаїв, 2020.

Магістерська робота присвячена актуальним проблемам теоретичних, методичних і практичних аспектів вдосконалення державної політики охорони здоров'я в Україні. Проведено аналіз стану державної політики охорони здоров'я в Україні та аналіз політики фінансування системи охорони здоров'я в Україні.

Удосконалено науково-методичний підхід щодо впровадження державної політики з охорони здоров'я на рівні територіальної громади, що покращить сприйняття населенням принципів індивідуального й суспільного здоров'я, сприятиме удосконаленню державної політики у цих сферах та чіткому прийняттю управлінських (політичних) рішень, плануванню відповідних програм або проектів. Запропоновано організаційно-інформаційний інструментарій для розробки Національної стратегії в галузі електронної охорони здоров'я та напрями інформатизації галузі: впровадження медичних інформаційних систем лікувально-профілактичних закладів; створення відповідної інформаційної інфраструктури щодо формування єдиного інформаційного простору; використання телемедичних технологій; розробка та впровадження стандартів щодо використання електронних історій хвороби.

Ключові слова: державна політика, політика фінансування, медичні послуги, медична реформа, охорона здоров'я.

АННОТАЦИЯ

Карпова Л. Н. "Совершенствование государственной политики здравоохранения в Украине"

Магистерская работа посвящена актуальным проблемам теоретических, методических и практических аспектов совершенствования государственной политики здравоохранения в Украине.

Проведенный анализ государственной политики здравоохранения в Украине показал, что состояние здоровья граждан Украины и национальной отрасли здравоохранения является наглядным отражением уровня экономического развития страны, направленности ее национальной политики. В результате проведенной оценки политики финансирования системы здравоохранения в Украине выявлено, что увеличение государственного финансирования неэффективной системы не даст желаемых результатов, необходимыми будут повышение эффективности и оптимизация. Основное внимание должно концентрироваться не только на сокращении расходов, но и на закупки большего объема и лучших услуг за потраченные средства.

Усовершенствована научно-методический подход по внедрению государственной политики по охране здоровья на уровне территориальной общины, покращить восприятия населением принципов индивидуального и общественного здоровья, способствовать совершенствованию государственной политики в этих сферах и четком принятию управленческих (политических) решений, планированию соответствующих программ или проектов. Предложено организационно-информационный инструментарий для разработки Национальной стратегии в области электронного здравоохранения и направления информатизации отрасли: внедрение медицинских информационных систем лечебно-профилактических учреждений; создание соответствующей информационной инфраструктуры по формированию единого информационного пространства; использования телемедицинских технологий; разработка и внедрение стандартов использования электронных историй болезни.

Ключевые слова: государственная политика, политика финансирования, медицинские услуги, медицинская реформа, здравоохранение.

ANNOTATION

Karpova L. N. "Improving the state health policy in Ukraine"

Master's work in master's degree in management. Admiral Makarov National University of Shipbuilding, Nikolaev, 2020.

The master's thesis is devoted to topical issues of theoretical, methodological and practical aspects of improving public health policy in Ukraine. An analysis of the state of the state health policy in Ukraine and an analysis of the policy of financing the health system in Ukraine. Improved scientific and methodological approach to the implementation of state health policy at the local community level, which will improve public perception of the principles of individual and public health, will improve public policy in these areas and clear management (political) decisions, planning appropriate programs or projects. Organizational and informational tools for the development of the National Strategy in the field of electronic health care and areas of informatization of the industry are proposed: introduction of medical information systems of treatment and prevention facilities; creation of an appropriate information infrastructure for the formation of a single information space; use of telemedicine technologies; development and implementation of standards for the use of electronic case histories.

Keywords: public policy, funding policy, medical services, medical reform, health care.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ І МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	12
1.1. Сутність і зміст державної політики охорони здоров'я	12
1.2. Міжнародні засади формування державної політики в галузі охорони здоров'я.....	19
1.3. Важливість політики та процедур в галузі охорони здоров'я	23
Висновок до першого розділу	28
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	29
2.1. Аналіз стану державної політики охорони здоров'я в Україні	29
2.2. Аналіз політики фінансування системи охорони здоров'я в Україні	37
Висновки до другого розділу.....	46
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	47
3.1. Розвиток співпраці органів державного управління, місцевого самоврядування та неурядових організацій.....	47
3.2. Напрями інформатизації медичної галузі	58
Висновок до третього розділу	63
РОЗДІЛ 4. ОХОРОНА ПРАЦІ	64
4.1. Аналіз небезпечних і шкідливих факторів при роботі на ЕОМ в фінансовому відділі	64
4.2. Розрахунок системи штучного освітлення в медичному відділі	70
4.3. Методи та засоби колективного та індивідуального захисту від шуму....	73
ВИСНОВКИ.....	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78

ВСТУП

Актуальність теми. Показник здоров'я людини є одним із чинників суспільного розвитку тієї чи іншої країни та становить стратегічну мету державної політики. Проте на сучасному етапі суспільного розвитку здоров'я нації належить до найбільш вагомих і серйозних проблем, оскільки є провідним чинником продуктивності праці та сприяє економічному розвитку держави. Тому система охорони здоров'я, як і будь-яка система соціально-економічної діяльності суспільства, потребує здійснення заходів щодо її вдосконалення, тобто реформування. На сьогодні досліджено різні аспекти державної політики у сфері охорони здоров'я, проте проблема реалізації функцій державної політики з питань охорони здоров'я в контексті медичної реформи залишається досить актуальною.

Проблемам вдосконалення державної політики охорони здоров'я присвячені роботи вітчизняних та закордонних фахівців: Бахтеєва Т., Іртищева І. О., Князевич В. М., Пономаренко В. М., Кризина Н. П., Мельниченко О. А., Петрова С., Рябець Д. М., Сергійчук С. І., Солоненко І. М., Худоба О. та ін. Забезпечення оптимального функціонування корпоративного управління стає можливим при врахуванні цілої низки аспектів: організаційного, інформаційного, методичного, кадрового, технологічного тощо. Разом з тим, незважаючи на досить ґрунтовне дослідження цієї проблеми, питання державної політики розвитку сфери охорони здоров'я залишаються актуальними, адже на сьогодні практичних, результативних кроків щодо їхнього втілення вкрай мало. Причиною цього, на нашу думку, є відсутність єдиної державної стратегії подальшого розвитку здоровоохоронної сфери і наукових досліджень впливу зовнішніх та внутрішніх змін на її діяльність.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Кваліфікаційна робота виконана за планами науково-дослідної роботи кафедри Менеджменту Факультету економіки моря НУК (тема: «Управління бізнес-процесами в умовах розвитку цифрової економіки та суспільства»).

Мета і задачі дослідження. Актуальність теми дозволила визначити мету дослідження: формування науково обґрунтованих рекомендацій та пропозицій щодо вдосконалення державної політики охорони здоров'я в Україні.

Для досягнення цієї мети були поставлені та розв'язані наступні завдання:

- досліджено сутність і зміст державної політики охорони здоров'я;
- розкриті міжнародні засади формування державної політики в галузі охорони здоров'я;
- доведено важливість політики та процедур в галузі охорони здоров'я;
- проведено аналіз стану державної політики охорони здоров'я в Україні;
- проведено оцінку політики фінансування системи охорони здоров'я в Україні;
- представлені шляхи розвитку співпраці органів державного управління, місцевого самоврядування та неурядових організацій;
- запропоновано напрями інформатизації медичної галузі;

Об'єктом дослідження є процес вдосконалення державної політики охорони здоров'я в Україні.

Предмет дослідження є сукупність теоретичних, методичних та прикладних аспектів розвитку державної політики охорони здоров'я в Україні.

Теоретико-методологічною основою магістерської роботи є наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених. Як науковий інструментарій при проведенні дослідження використовувалися методи математичного, системного і статистичного аналізу, теорії оптимізації, економіко-математичного моделювання і абстрактно-логічного дослідження.

Методи дослідження. проведення дослідження в роботі спирається на наукові концепції та теоретичні досягнення вітчизняних вчених. У роботі застосовано цілий ряд спеціальних методів, які дозволяють одержати кількісну оцінку окремих аспектів державної політики охорони здоров'я в Україні: діалектичний метод пізнання – при визначенні сутності державної політики охорони здоров'я; метод аналізу і синтезу, порівняння, моделювання – в процесі

аналізу стану державної політики охорони здоров'я в Україні; метод факторного аналізу – під час аналізу політики фінансування системи охорони здоров'я в Україні; економіко-логічні методи пізнання – у процесі міжнародні засади формування державної політики в галузі охорони здоров'я.

Наочне відображення динаміки показників розвитку об'єкта дослідження здійснювалось з використанням методу графічного зображення і табличного відображення результатів дослідження. Для проведення комплексного аналізу застосовувались методи комп'ютерної обробки, аналізу та відображення інформації за допомогою програм Microsoft Excel.

Інформаційною базою досліджень є законодавчі акти України, нормативно-правові акти, сучасні теорії управління підприємством, наукові концепції, періодичні публікації вітчизняних та зарубіжних вчених, спеціальна економічна література, періодичні видання, дані Державного комітету статистики, статистичні дані закладів охорони здоров'я, тощо.

Наукова новизна одержаних результатів. Найважливішими результатами, що містять наукову новизну, є:

удосконалено:

– науково-методичний підхід щодо впровадження державної політики з охорони здоров'я на рівні територіальної громади, що покращить сприйняття населенням принципів індивідуального й суспільного здоров'я, сприятиме удосконаленню державної політики у цих сферах та чіткому прийняттю управлінських (політичних) рішень, плануванню відповідних програм або проектів;

набули подальшого розвитку:

– організаційно-інформаційний інструментарій для розробки Національної стратегії в галузі електронної охорони здоров'я та напрями інформатизації галузі: впровадження медичних інформаційних систем лікувально-профілактичних закладів; створення відповідної інформаційної інфраструктури щодо формування єдиного інформаційного простору;

використання телемедицини технологій; розробка та впровадження стандартів щодо використання електронних історій хвороби.

Практичне значення отриманих результатів. Основні результати наукового дослідження пропонується використати при удосконаленні організаційного та методичного забезпечення вдосконалення державної політики охорони здоров'я в Україні. Найбільшу практичну цінність мають організаційно-інформаційний інструментарій для розробки Національної стратегії в галузі електронної охорони здоров'я та напрями інформатизації галузі.

Особистий внесок здобувача. У магістерській роботі сформульовані та обґрунтовані наукові положення, розробки, висновки і рекомендації отримано самостійно на основі проведеного дослідження практичних аспектів розвитку державної політики охорони здоров'я в Україні. Аналітична частина роботи виконана на основі обробки статистичних даних діяльності закладів охорони здоров'я в Україні.

Обсяг та структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 81 сторінках та складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел (46 найменування), 2 таблиць, 10 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ І МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність і зміст державної політики охорони здоров'я

Політику в області охорони здоров'я можна визначити як "рішення, плани і дії, які робляться для досягнення конкретних цілей охорони здоров'я в суспільстві". На думку Всесвітньої організації охорони здоров'я, чітка політика в галузі охорони здоров'я може забезпечити досягнення кількох цілей: вона визначає бачення майбутнього; в ній викладаються пріоритети і очікувані ролі різних груп; і вона сприяє досягненню консенсусу та інформування людей. [46]

Існує безліч категорій політики в галузі охорони здоров'я, включаючи глобальну політику в галузі охорони здоров'я, політику у сфері охорони здоров'я, політику в галузі психічного здоров'я, політику в галузі медичного обслуговування, політику в галузі страхування, політику в області індивідуального медичного обслуговування, політику в області фармацевтики і політику у сфері охорони здоров'я, наприклад політику в сфері вакцинації, політика по боротьбі з тютюном або політика заохочення грудного вигодовування. Вони можуть охоплювати такі теми, як фінансування та надання медичних послуг, доступ до медичного обслуговування, якість послуг і рівність в галузі охорони здоров'я. [27]

Політика в галузі охорони здоров'я та її здійснення носять складний характер. Концептуальні моделі можуть допомогти продемонструвати перехід від розробки політики в галузі охорони здоров'я до здійснення політики та програм в галузі охорони здоров'я та до систем охорони здоров'я та результатами в галузі охорони здоров'я. Політику слід розуміти як щось більше, ніж національне законодавство або політика в галузі охорони здоров'я, що підтримують ту чи іншу програму або заходи. Оперативна політика – це правила, положення, керівні принципи і адміністративні норми, які уряди використовують для втілення національних законів і політики в програми і послуги. [23] Політичний процес охоплює рішення, що приймаються на

національному або децентралізованому рівні (включаючи рішення про фінансування), які впливають на те, чи надаються послуги та яким чином.

Таким чином, необхідно приділяти увагу політиці, що проводиться на різних рівнях системи охорони здоров'я і на протязі тривалого часу, з тим щоб забезпечити її сталий розширення. Створення сприятливих політичних умов сприятиме розширенню масштабів заходів в області охорони здоров'я. [30]

У політиці є багато тем і фактів, які можуть вплинути на рішення уряду, приватного сектора або іншої групи прийняти конкретну політику. Заснована на фактах політика спирається на використання науки і ретельних досліджень, таких як рандомізовані контрольовані випробування, для виявлення програм і практики, здатних поліпшити результати, актуальні для політики. Більшість політичних дебатів стосуються політики в галузі охорони здоров'я, особливо тих, які спрямовані на реформу системи охорони здоров'я, і, як правило, їх можна класифікувати як філософські або економічні. Філософські дебати зосереджені навколо питань про індивідуальні права, етики та державної влади, в той час як економічні теми включають в себе як максимізувати ефективність надання медичних послуг і мінімізувати витрати.

Сучасна концепція охорони здоров'я передбачає доступ до медичних працівників з різних галузей, а також до медичних технологій, таких як ліки та хірургічне обладнання. Вона також передбачає доступ до останньої інформації та доказів досліджень, включаючи медичні дослідження та дослідження медичних служб.

У багатьох країнах людині залишається доступ до товарів і послуг охорони здоров'я, сплачуючи їх безпосередньо як власні витрати, а гравцям приватного сектору в медичній та фармацевтичній галузях – розвивати дослідження. Планування та виробництво людських ресурсів у галузі охорони здоров'я розподіляється між учасниками ринку праці.

Інші країни проводять чітку політику забезпечення і підтримки доступу для всіх своїх громадян, фінансування медичних досліджень і планування належного числа, розподілу і якості медичних працівників для досягнення

цілей в галузі охорони здоров'я. Багато урядів у всьому світі створили систему загального охорони здоров'я, яка знімає тягар витрат на охорону здоров'я з приватних підприємств або окремих осіб шляхом об'єднання фінансових ризиків. Існує цілий ряд аргументів на користь і проти загального охорони здоров'я і пов'язаної з ним політики в галузі охорони здоров'я. Охорона здоров'я є важливою частиною систем охорони здоров'я, і тому на нього часто доводиться одна з найбільших областей витрат як для урядів, так і для окремих осіб в усьому світі.

Багато країн і юрисдикції при розробці своєї політики в галузі охорони здоров'я керуються філософією прав людини. Всесвітня організація охорони здоров'я повідомляє, що кожна країна в світі є учасницею принаймні одного договору з прав людини, який стосується пов'язаних зі здоров'ям прав, включаючи право на здоров'я, а також інших прав, пов'язаних з умовами, необхідними для хорошого стану здоров'я. [42] Загальна декларація прав людини (ЗДПЛ) Організації Об'єднаних Націй стверджує, що медичне обслуговування є правом усіх людей [35]: "Кожна людина має право на такий життєвий рівень, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, включаючи харчування, одяг, житло та медичну допомогу і необхідні соціальні послуги, а також право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовство старість або інше відсутність засобів до існування через незалежні від неї обставини."

У деяких юрисдикціях і серед різних релігійних організацій на політику в галузі охорони здоров'я впливає сприймається релігійними переконаннями зобов'язання дбати про тих, хто знаходиться в менш сприятливих умовах, включаючи хворих. Інші юрисдикції та неурядові організації спираються на принципи гуманізму при визначенні своєї політики в галузі охорони здоров'я, стверджуючи те ж саме передбачуване зобов'язання і закріплене право на здоров'я [22]. В останні роки всесвітня правозахисна організація Міжнародна амністія приділяє особливу увагу здоров'ю як одному з прав людини, рішення проблеми недостатнього доступу до ліків від ВІЛ і сексуальним і

репродуктивним правам жінок, включаючи значні відмінності в показниках материнської смертності всередині країн і між країнами. Таке зростаючу увагу до охорони здоров'я як до одного з основних прав людини підтримував провідний медичний журнал The Lancet. [33]

Зберігаються значні розбіжності щодо того, хто і за яких обставин буде оплачувати витрати на медичне обслуговування всіх людей. Наприклад, державні витрати на охорону здоров'я іноді використовуються в якості глобального показника прихильності уряду справі охорони здоров'я свого народу. [37] З іншого боку, одна з теорій, що формуються в Сполучених Штатах, відкидає концепцію фінансування охорони здоров'я за рахунок коштів платників податків як несумісну з (не менш важливим) правом професійного судження лікаря, і пов'язана з цим стурбованість з приводу того, що участь уряду в нагляді за здоров'ям своїх громадян може підірвати право на особисте життя між лікарями і пацієнтами. Цей аргумент підкріплюється тим, що загальне медичне страхування позбавляє окремих пацієнтів права розпоряджатися своїм власним доходом на свій розсуд. [39]

Ще одним питанням в рамках обговорення прав є використання урядами законодавства для контролю за конкуренцією між приватними постачальниками послуг з медичного страхування в відношенні національних систем соціального страхування, як, наприклад, у випадку з канадської національної програмою медичного страхування. Прихильники неутручання стверджують, що це підриває ефективність системи охорони здоров'я з точки зору витрат, оскільки навіть ті, хто може дозволити собі оплачувати приватні медичні послуги, виснажують ресурси з державної системи. [24] У даному випадку питання полягає в тому, чи можуть компанії медичного страхування, що належать інвесторам, або організації медичного обслуговування діяти в найкращих інтересах своїх клієнтів у порівнянні з державним регулюванням і наглядом. Ще одна претензія в Сполучених Штатах розглядає надмірне регулювання урядом діяльності в галузі охорони здоров'я та страхування як

ефективний припинення благодійних відвідувань на дому лікарями з числа бідних і літніх людей. [31]

Існує безліч видів політики в галузі охорони здоров'я, в рамках якої основна увага приділяється фінансуванню медичних послуг з метою поширення економічних ризиків, пов'язаних з поганим станом здоров'я. До них відносяться фінансуються державою послуги в галузі охорони здоров'я (через систему оподаткування або страхування, відому також як система одноосібного платника), обов'язкове або добровільне приватне медичне страхування і повна капіталізація послуг в області індивідуального медичного обслуговування через приватні компанії і т.д. [45, 36] В даний час обговорюється питання про те, який вид політики фінансування охорони здоров'я призводить до підвищення або погіршення якості наданих медичних послуг і яким чином забезпечити ефективно, дієве і справедливе використання виділених коштів.

Існує багато аргументів з обох боків питання про державній або приватній політиці фінансування охорони здоров'я (табл. 1.1).

Варіанти політики в галузі охорони здоров'я виходять за рамки фінансування і надання послуг з охорони здоров'я населення і охоплюють такі області, як медичні дослідження і планування медичних кадрів як на національному, так і на міжнародному рівнях.

Політика медичних досліджень

Медичні дослідження можуть бути як основою для розробки науково обґрунтованої політики в галузі охорони здоров'я, так і предметом самої політики в галузі охорони здоров'я, особливо з точки зору її джерел фінансування. Прихильники урядової політики щодо фінансованих державою медичних досліджень стверджують, що усунення прибутку в якості мотиву призведе до збільшення темпів медичних інновацій. [40] Ті, хто виступає проти, стверджують, що це призведе до зворотного, оскільки усунення стимулів до отримання прибутку усуває стимули до інновацій і перешкоджає розробці та використанню нових технологій. [26]

Таблиця 1.1

Переваги державної та приватної політиці фінансування охорони здоров'я

Вид системи	
Державна система охорони здоров'я	<p>Державні витрати на охорону здоров'я мають важливе значення для забезпечення доступності та стійкості медичних послуг і програм. [10]</p> <p>Для тих людей, які в іншому випадку залишилися б без догляду через відсутність фінансових коштів, будь-який якісний догляд є поліпшенням.</p> <p>Оскільки люди вважають, що загальне медичне обслуговування є безкоштовним (якщо не існує страхової премії або доплати), вони з більшою ймовірністю будуть звертатися за профілактичним лікуванням, яке може зменшити тягар захворювань і загальні витрати на медичне обслуговування в довгостроковій перспективі. [43]</p> <p>Системи з одним платником знижують марнотратство за рахунок видалення середнього працівника, тобто приватних страхових компаній, тим самим зменшуючи кількість бюрократії. Зокрема, скорочення обсягу документації, з якою доводиться мати справу медичним працівникам при обробці страхових вимог, дозволяє їм приділяти більше уваги лікуванню пацієнтів.</p>
Приватна система охорони здоров'я	<p>Уявлення про те, що охорона здоров'я, що фінансується державою, є безкоштовною, може призвести до надмірного використання медичних послуг, а отже, збільшити загальні витрати порівняно з приватним фінансуванням охорони здоров'я.</p> <p>Приватне фінансування призводить до підвищення якості та ефективності завдяки збільшенню доступу та скороченню часу очікування на спеціалізовані послуги та технології охорони здоров'я [39, 29, 26].</p> <p>Обмеження розподілу державних коштів на особисте медичне обслуговування не обмежує можливості незастрахованих громадян платити за своє медичне обслуговування як власні витрати. Державні кошти можна раціоналізувати для надання послуг екстреної допомоги незалежно від застрахованого статусу або платоспроможності, наприклад, згідно із Законом про екстрену медичну допомогу та активну працю в США.</p> <p>Охорона здоров'я, що фінансується приватним шляхом, та зменшує вимоги до урядів збільшувати податки для покриття витрат на охорону здоров'я, що може ускладнюватися неефективністю державних установ через їх більшу бюрократію.</p>

Наявність надійних медичних досліджень не обов'язково веде до вироблення обґрунтованої політики. Наприклад, в Південній Африці, населення якої досягло рекордного рівня інфікування ВІЛ, попередня політика уряду, яка обмежує фінансування та доступ до лікування СНІДу, викликала серйозні

суперечки, оскільки вона була заснована на відмові прийняти наукові дані про засоби передачі. [34] Зміна уряду в кінцевому підсумку привела до зміни політики, в результаті чого була прийнята нова політика забезпечення широкого доступу до послуг з боротьби з ВІЛ. Ще одна проблема пов'язана з інтелектуальною власністю, про що свідчить приклад Бразилії, де ведуться дебати з приводу урядової політики, що дозволяє вітчизняне виробництво антиретровірусних препаратів, які використовуються при лікуванні ВІЛ / СНІДу в порушення патентів на лікарські препарати.

Політика щодо медичних працівників

Деякі країни та юрисдикції мають чітку політику чи стратегію для планування адекватної кількості, розподілу та якості медичних працівників для досягнення цілей охорони здоров'я, таких як подолання нестачі лікарів та медсестер. В інших місцях планування робочої сили розподіляється серед учасників ринку праці як підхід до політики охорони здоров'я. Заснована на фактичних даних політика розвитку робочої сили, як правило, базується на результатах досліджень медичних служб.

Здоров'я у зовнішній політиці

Багато урядів і установи включають аспекти охорони здоров'я в свою зовнішню політику для досягнення глобальних цілей в галузі охорони здоров'я. Сприяння охороні здоров'я в країнах з низьким рівнем доходу розглядається як засіб досягнення інших цілей глобального порядку денного, включаючи:

- сприяння глобальній безпеці, обумовленої страхом перед глобальними пандеміями, умисним поширенням патогенів та потенційним збільшенням числа гуманітарних конфліктів, стихійних лих і надзвичайних ситуацій;

- сприяння економічному розвитку, включаючи усунення економічного впливу поганого стану здоров'я на розвиток, пандемічний спалахів на глобальному ринку, а також отримання вигод від розширення глобального ринку медичних товарів і послуг;

- заохочення соціальної справедливості – зміцнення охорони здоров'я як соціальної цінності і права людини, включаючи підтримку цілей в області

розвитку, сформульованих в Декларації тисячоліття Організації Об'єднаних Націй.

Глобальна політика охорони здоров'я

Глобальна політика в галузі охорони здоров'я охоплює глобальні структури управління, які формують політику, що лежить в основі охорони здоров'я в усьому світі. При вирішенні проблем, пов'язаних з глобальним охороною здоров'я, глобальна політика в галузі охорони здоров'я "передбачає врахування потреб населення всієї планети в області охорони здоров'я, що виходять за рамки інтересів конкретних країн." [32] На відміну від як міжнародної політики в галузі охорони здоров'я (угоди між суверенними державами), так і порівняльної політики в галузі охорони здоров'я (аналіз політики в галузі охорони здоров'я в різних державах), установи глобальної політики в галузі охорони здоров'я складаються із суб'єктів і норм, які формують глобальні заходи в галузі охорони здоров'я. [21]

1.2. Міжнародні засади формування державної політики в галузі охорони здоров'я

Формуванню державної політики в галузі охорони здоров'я в Україні притаманні загальні закономірності, що є універсальними та загальнозживаними в більшості країн світу. В Законі України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" зазначається, що суспільство і держава забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави. При цьому у формуванні державної політики застосовуються принципи міжнародних договорів, в яких бере участь Україна.

Програмним документом, яким керуються більшість країн світу при формуванні державної політики в галузі охорони здоров'я, є Європейський кодекс соціального забезпечення (Страсбург, 1962) та Хартія соціального забезпечення, прийнята X всесвітнім конгресом профспілок (Гавана, 1982).

Основні засади формування державної політики та стратегій у галузі охорони здоров'я проголошені, на Першій міжнародній конференції з

поліпшення здоров'я (Канада, 1986) й відомі під назвою Оттавської Хартії. Цим документом передбачається необхідність упровадження нової управлінської технології на основі міжсекторального підходу.

Оттавська хартія уперше визначила базові соціальні умови, що впливають на стан здоров'я населення. Пріоритетного статусу набули суто політичні аспекти, зокрема такі, як зменшення несправедливості й нерівності в охороні здоров'я тощо. Були запропоновані стратегії, які в процес забезпечення здоров'я населення включали підтримку громадських дій і організацій, інших галузей управління й уперше передбачали необхідність перетворення процесу управління охороною здоров'я на міжсекторальну діяльність [7].

Оттавська Хартія вперше поклала в основу здоров'я людини підтримання миру на Землі, а також забезпечення її їжею, житлом, здоровим довкіллям, освітою, стабільним доходом, соціальною справедливістю й рівністю в можливостях. Детермінанти здоров'я зумовлені суспільно й біологічно запрограмовані, а державна політика і дії щодо формування та збереження здоров'я населення визначилися як п'ять стратегій:

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

- створення сприятливих умов навколишнього середовища (техногенних, соціальних, економічних, культурних та духовних), що дасть змогу адаптуватися до трансформаційних суспільних процесів, включаючи галузі нових технологій та організації безпеки праці (здорові робочі місця, чисті повітря, вода, продукти харчування тощо);

- активізація діяльності на рівні громади, щоб населення окремих адміністративних територій мало можливість визначати пріоритети, а органи місцевого самоврядування – розробляти та схвалювати адекватні рішення стосовно проблем здоров'я конкретної громади;

- розвиток індивідуальних навичок та вмінь, необхідних для підтримки здоров'я та самореалізації людини;

– переорієнтація системи охорони здоров'я на пріоритетне забезпечення запобігання захворюванням здорової людини та первинної медико-санітарної допомоги.

Рішення Оттавської конференції були використані при розробці Програми Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) "Здоров'я для всіх до 2000 року". В основу цієї програми покладено такі принципи:

– справедливість є основним принципом стратегії "Здоров'я для всіх". Усім людям мають бути забезпечені рівні можливості для повної реалізації потенціалу їх здоров'я;

– запобігання захворюванням та зміцнення здоров'я є найважливішими стратегічними підходами, що забезпечують досягнення людьми такого стану здоров'я, який дає змогу повністю використовувати їх фізичні, психічні та соціальні можливості;

– окремі люди, а також громади активно братимуть участь у визначенні пріоритетів, прийнятті та виконанні рішень, коли вони добре інформовані та мотивовані. Якомога більше складових суспільства мають співпрацювати в ім'я досягнення здоров'я для всіх;

– міжгалузеві дії є необхідними для забезпечення здоров'я, захисту від факторів ризику довкілля, економічного та соціального оточення;

– задоволення основних потреб суспільства здійснюється через гармонійну систему охорони здоров'я, побудовану на первинній медичній допомозі та адекватній практиці направлення хворих до лікарів-спеціалістів, які надають прийнятні, з урахуванням конкретних умов, якісні медичні послуги;

– усе більше проблем у сфері охорони здоров'я виходять за межі національних кордонів.

Міжнародними деклараціями ВМА та Соціальними хартіями проголошено основні принципи забезпечення ефективного здійснення права на охорону здоров'я, згідно з якими уряд самостійно або в співробітництві з громадськими чи приватними організаціями має вживати відповідних заходів з метою:

- усунення, в міру можливостей, причин слабкого здоров'я;
- забезпечення діяльності консультативно-просвітницьких служб, які сприяли б поліпшенню здоров'я і підвищенню особистої відповідальності за стан здоров'я;
- запобігання, в міру можливості, епідемічним, ендемічним та іншим захворюванням.

Медична допомога у випадку хворобливого стану має охоплювати:

- допомогу лікаря загального профілю, в тому числі удома;
- допомогу лікарів-спеціалістів, яка надається в лікарнях стаціонарним і амбулаторним хворим, а також допомогу лікарів-спеціалістів, яка може надаватися поза межами лікарень;
- забезпечення основними лікарськими засобами, приписаними лікарями чи іншими кваліфікованими фахівцями;
- госпіталізацію у разі необхідності

У випадку вагітності та пологів та їхніх наслідків медична допомога має включати:

- допомогу лікарів чи кваліфікованих акушерок під час вагітності, родів і в післяродовий період;
- госпіталізацію у разі необхідності.

Пацієнт чи його годувальник може частково сплачувати витрати на медичну допомогу, що надається у зв'язку із хворобливим станом; правила, що стосуються такої часткової сплати витрат, мають бути складені таким чином, щоб запобігати створенню труднощів.

Установи чи державні відомства, які надають допомогу, будь-якими належними засобами заохочують захищених осіб до використання загальних медичних служб, які надаються у їхнє розпорядження органами державної влади або іншими органами, визнаними органами державної влади.

1.3. Важливість політики та процедур в галузі охорони здоров'я

Мета політики та процедур в галузі охорони здоров'я полягає в забезпеченні стандартизації повсякденної оперативної діяльності. За багато років роботи над політикою і процедурами стало ясно, що вони мають важливе значення для забезпечення ясності при вирішенні питань та здійсненні діяльності, що мають найважливіше значення для охорони здоров'я і забезпечення безпеки, правових зобов'язань і нормативних вимог. Важливість політики та процедур в галузі охорони здоров'я не підлягає сумніву, однак методи їх найбільш ефективного управління в різних організаціях будуть різними.

Основна мета намогтися розробити ефективні рішення, допомогти керувати політикою та іншими документами, щоб підвищити продуктивність і ефективність медичної установи, а також забезпечити, щоб воно не порушувала жодних правил.

Політика в галузі охорони здоров'я має життєва важливе значення, оскільки вона встановлює загальний план дій, який служить орієнтиром для досягнення бажаних результатів та є основним орієнтиром для сприяння прийняттю рішень. Мета політики та процедур в галузі охорони здоров'я полягає в інформуванні співробітників про бажані результати діяльності організації. Вони допомагають співробітникам усвідомити свою роль і обов'язки в рамках організації. Зокрема, політика в галузі охорони здоров'я повинна закласти основу для забезпечення безпечного і економічно ефективного якісного догляду.

У зв'язку з подальшим збільшенням числа нових нормативних актів і вимог, тягар розробки політики та ефективного доведення її до відома працівників стало обтяжливим.

По кожному новому або оновленого закону чи постанові, необхідно розробляти політику і поширювати її серед співробітників. Регулярно змінюються положення Закону України «Про медичне обслуговування», «Про заклади охорони здоров'я», закони та правила місцевого самоврядування,

стандарти Спільної комісії та інші вимоги щодо акредитації. Це ускладнює забезпечення того, щоб належна політика не тільки створювалася, а й ефективно доводилася до відома працівників. Таким чином, успадковані від минулого системи управління політикою вже не є життєздатними і можуть поставити організацію під загрозу. Важко просто йти в ногу з усіма новими законами або нормативними актами, а також забезпечити ефективне поширення політики та процедур серед працівників.

В умовах швидкого зростання числа нових та оновлених законів і положень, якими повинні керуватися постачальники послуг, завдання забезпечення того, щоб політика і процедури були актуальними, були в наявності і ефективно поширювалися в рамках всієї організації, може виявитися досить важким. Тут може допомогти більш сучасне програмне забезпечення для управління політикою.

Кращі організації охорони здоров'я повинні використовувати як технології, так і освіту для управління своєю політикою і процедурами в галузі охорони здоров'я. Технологічні рішення стають найважливішими факторами, що сприяють впорядкуванню цього процесу. Вона може допомогти в створенні контрольованої основи для оновлення, санкціонування та інформування організації, а також у забезпеченні того, щоб колишня політика належним чином архівувалася та не поширювалася таким чином, щоб це могло вплинути на догляд за пацієнтами.

Швидкі темпи зміни нормативних положень вимагають автоматизованого затвердження та поширення політики, а також підтвердження доступу співробітників.

Закладам охорони здоров'я приходиться постійно працювати з низкою великих постачальників медичних послуг, які сильно покладаються на використання веб-системи управління політикою для політики і процедур. В ході досліджень виявили, що це відмінний метод охоплення персоналу не тільки на місцях, а й тих, хто може перебувати за межами об'єкта. Це особливо

справедливо по відношенню до тих, хто діє в більш віддалених та ізольованих районах.

Найважливіше значення мають системи управління політикою, які дозволяють раціоналізувати механізми оновлення та повідомлення для інформування персоналу про зміни. Важливо також забезпечити безперешкодний доступ до документів і повідомляти про зміни в рамках всієї організації.

Найбільш оптимальне програмне забезпечення для управління політикою забезпечить співробітникам безперешкодний доступ до цієї інформації і можливість повідомляти керівникам і зацікавленим сторонам про зміни в нормативних положеннях, які впливають на цю політику. Крім того, ефективні системи управління політикою можуть допомогти забезпечити оновлення і точність інформації про політику та процедури організації. Це забезпечує більш ефективні засоби, що дозволяють регулюючим і акредитуючим організаціям упевнитися в тому, що заклад працює в стані постійної готовності до обстеження або аудиту. Відсутність надійних систем може привести до додаткових поїздок на місця представників цих органів, що створить загрозу для організації в зв'язку з більш серйозними недоліками і штрафами.

Політика в галузі охорони здоров'я закладає основу для забезпечення найкращого рівня медичного обслуговування. У сучасних умовах для досягнення оптимальної ефективності організації охорони здоров'я повинні поєднувати надійні організаційні процеси з додатковими технологіями для досягнення бажаних результатів.

Керівництво закладів охорони здоров'я рішуче виступає за дотримання правил і положень, що стосуються політики та процедур. Тому вони прагнуть до розробки рішень, які допоможуть зробити це і будуть підтримувати роботу медичних установ. Можливо, наше нове програмне забезпечення є саме таким рішенням, яке потрібно закладам охорони здоров'я.

Реформа системи охорони здоров'я – це діяльність, пов'язана зі зміною політики й інститутів охорони здоров'я, через які вона проводиться. Метою

реформи є зміна парадигми державної політики, управління, забезпечення переходу до суспільства, де рішення виробляються відкрито, прозоро, демократично, згідно із законами, правилами, нормами та процедурами, що відповідають міжнародним стандартам [10].

Реорганізація – це перебудова, перетворення, зміна структури й організаційних форм підприємств, установ, державних або громадських організацій [20, с. 147].

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

Вітчизняні дослідники стверджують, що для розробки й запровадження ефективної державної політики реформування галузі охорони здоров'я необхідно пройти три стадії: прийняття політичних та управлінських рішень, їх реалізації й оцінки результатів реформ.

Зарубіжні автори акцентують увагу на необхідності виконання таких трьох груп заходів щодо успішної реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я:

– лібералізація попиту на медичні послуги шляхом розширення можливостей споживчого вибору та зміни ролі держави, споживачів, медичних закладів і лікарів, які взаємодіють і стають більш активними партнерами у сфері охорони здоров'я;

– диверсифікація пропозицій медичних послуг методом створення нового сприятливого середовища для недержавної та приватної діяльності шляхом перерозподілу власності, виробництва й фінансування охорони здоров'я;

– удосконалення стимулів для медичних закладів і медичних працівників за економію витрат і підвищення якості медичних послуг на новому конкурентному ринку [19, с. 192].

Варто наголосити на тому, що національна політика в галузі охорони здоров'я повинна передбачати створення нової ідеології охорони здоров'я України, вироблення шляхів і засобів оптимальної організації на національному рівні охорони та поліпшення здоров'я, формування здорового способу життя, медичної й соціальної профілактики захворювань, реабілітації. Серед основних цілей нової ідеології охорони здоров'я виокремимо такі позиції:

- стимулювання державою соціальної спрямованості розвитку суспільства;
- упровадження нешкідливих технологій, що забезпечують охорону життя та здоров'я в процесі матеріально-технічного виробництва;
- забезпечення державою пріоритетного фінансування комплексних народногосподарських програм профілактики, своєчасного лікування, реабілітації й інших заходів щодо охорони здоров'я;
- заохочення державою підприємств та організацій, які активно інвестують пріоритетні напрями розвитку охорони здоров'я.

Що стосується стратегічних цілей національної політики України в галузі охорони здоров'я, то вони повинні передбачати:

- зниження захворюваності та передчасної смертності різних груп населення за віковими, статевими, професійними, релігійними й іншими ознаками;
- подовження середньої тривалості життя людини за збереження достатньої його якості;
- подовження трудового довголіття й соціальної активності людини;
- зниження негативного впливу середовища (природного та антропогенного) на стан здоров'я населення;
- радикальне вдосконалення системи медичної профілактики захворювань і їх ускладнень, а також реабілітації осіб, які втратили здоров'я.

Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямована на підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя та збереження генофонду українського народу шляхом запровадження таких державних заходів:

- переорієнтація охорони здоров'я на посилення заходів із попередження захворювань, запобігання інфекційним захворюванням, зниженням ризиків для здоров'я людини, що пов'язані із забрудненням і шкідливим впливом чинників довкілля;

- вирішення проблем гігієни та безпеки праці;

- створення умов для формування та стимулювання здорового способу життя;

- здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності та зниження смертності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення.

Висновок до першого розділу

Підсумовуючи вищевикладене, потрібно зазначити, що процес реформування й оптимізації державної політики України в галузі охорони здоров'я в глобалізаційному суспільстві повинен включати такі стратегічні напрями регулювання:

- приведення національного законодавства з охорони здоров'я у відповідність до законодавства Європейського Союзу;

- розробку та затвердження концепції стратегічного планування галузі охорони здоров'я в Україні;

- визначення й законодавче закріплення обсягу гарантованих державних зобов'язань щодо безоплатної медичної допомоги;

- перехід на багатоканальну систему фінансування медичної галузі;

- підвищення вимог до підготовки наукових кадрів, забезпечення раціонального використання науково-інформаційних ресурсів у галузі охорони здоров'я.

При цьому варто особливо наголосити на тому, що в сучасних умовах ефективна реалізація державної політики України в галузі охорони здоров'я неможлива без здійснення стратегії інтеграції до Європейського Союзу, розширення та зміцнення міжнародних зв'язків.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Аналіз стану державної політики охорони здоров'я в Україні

Нова сучасна парадигма української політики охорони здоров'я має базуватися на розумінні того, що здоров'я людини є соціальною та економічною цінністю, та скоординованих діях, спрямованих на покращення здоров'я нації, стратегічний пріоритет держави.

Систематичний аналіз інформаційних матеріалів Міністерства охорони здоров'я та наукової роботи керівників галузі показує, що рівень здоров'я населення України сьогодні вважається незадовільним, оскільки загальна смертність населення зросла на 4 відсотки за останнє десятиліття, тоді як в Європі він зменшився на 4 відсотки, а тривалість життя на 5 відсотків на 10 років менше, ніж в економічно розвинених європейських державах. За цей період загальний рівень захворюваності збільшився на 10,6 відсотка, захворюваність на захворювання на 38,9 відсотка, природний приріст є негативним, коливаючись від 5,8 до 7,8 на 1000, а загальна чисельність населення зменшилася на 7,7 %, що, ймовірно, загрожує національній безпеці держави.

Ситуація ускладнюється руйнівними процесами в економіці та зниженням національного доходу, що призвело до дуже обмежених видатків на охорону здоров'я, які у 2016 році становили лише 356,8 гривень на одного жителя України, еквівалент у доларах США вдвічі менший 2000 року і в 20-30 разів більше, ніж в інших європейських країнах. Еквівалент доларів США вдвічі менший, ніж у 2000 році. Екологічні умови та умови праці залишаються надзвичайно поганими.

За останні 10 років було прийнято 45 загальнодержавних програм та 10 затверджених урядом комплексних заходів для покращення середньої тривалості життя громадян, які певною мірою дублюють або доповнюють одна одну. Так, з метою стимулювання народжуваності та створення здорового

покоління було прийнято 15 з питань профілактики та лікування СНІДу - 5, ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС - 5, боротьби з туберкульозом - 4, розвитку медицини від стихійних лих - 3, здоров'я людей похилого віку - 3 та боротьби з наркоманією 3 та ін. У той же час ресурсів для ефективного впровадження задекларованих програм було дуже мало - 4% з них взагалі не фінансувались, 6 відсотків фінансування було обмежено третиною, 10 відсотків - майже половиною, 26 відсотків програм було реалізовано частково. Як результат, ефективність реалізації державних цільових програм, спрямованих на значне поліпшення здоров'я українського народу, була надзвичайно низькою.

Як відомо, стан здоров'я населення України залишається незадовільним. Наприклад, загальна смертність населення вдвічі вища, ніж у країнах ЄС, а смертність населення працездатного віку в два-чотири рази вища. Стан здоров'я населення характеризується: феноменом "перевищення смертності" у чоловіків, де смертність чоловіків середнього віку (25-44 років) майже в чотири рази перевищує смертність жінок подібного віку; низька тривалість життя, як наслідок, різниця із середньоєвропейським перевищує 6 років, а з країнами ЄС більше 10 років; коефіцієнт природного стирання є найвищим у Європі.

Голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, підтверджуючи вищекритичний стан ситуації у медичній сфері, наводить дані, згідно з якими в Україні щогодини помирає 86 людей о 02:00 у віці до 1 року помирає, а протягом години народжуються 52, що в середньому на 12-14 років менше для наших співгромадян, ніж у європейських країнах.

Основними причинами тривалої системної кризи в секторі є:

- відсутність обізнаності на вищих рівнях керівництва країни про ступінь загрози, яку створює демографічна криза;
- хронічне недофінансування сектору та дуже неефективне та неефективне використання бюджетних ресурсів;
- відсутність у суспільстві здорової ідеології та свідоме ставлення громадян до потреби її збереження та зміцнення. швидше, ми можемо говорити про інфляцію в нашій країні.

Причиною всіх цих проблем є хронічна затримка з прийняттям стратегічних рішень, зокрема щодо реформи фінансування сектору [1].

Таким чином, для України, яка зараз перебуває в процесі трансформації всієї системи державного управління, процес впровадження змін в систему охорони здоров'я стає набагато складнішим, ефективне управління яким є важливим внеском у досягнення належного рівня життя населення та обороноздатності держави.

Ми повністю поділяємо думку Н. П. Кризіна, яка стверджує, що зміни - це насамперед питання фінансово-економічної основи системи охорони здоров'я, а саме, фінансування повинно базуватися на обсязі наданих послуг, а не відповідно до існуючої інфраструктури. Але певні політичні сили продовжують підтримувати стереотип та сподівання населення на безкоштовне медичне обслуговування. Державний бюджет не може задовольнити основні потреби населення в охороні здоров'я, не кажучи вже про надання вузькоспеціалізованої допомоги за допомогою альтернативних форм допомоги. Повинен бути гарантований лише мінімальний соціальний пакет медичної допомоги та вибір, де і як лікувати громадянина. Тому система охорони здоров'я повинна бути організована по-різному. Перш за все, необхідно якнайкраще використати те, що є: залучити зовнішні кошти, забезпечити, щоб вони не виходили за межі системи, а працювали для цього за допомогою відповідних механізмів державного регулювання [11].

Професор Т. С. Грузева зазначає, що актуальним є питання неефективного використання ресурсів, невідповідності європейським стандартам якості управління галуззю [9]. Планування та надання медичної допомоги базується на таких показниках, як кількість лікарняних ліжок та кількість лікарів, а не на реальних потребах населення. Існує невідповідність між потребами суспільства як у сфері охорони здоров'я, так і в освітніх послугах, включаючи підготовку кваліфікованого менеджера з охорони здоров'я.

Через відсутність експертів з питань управління змінами та необхідної підтримки з боку громадськості реформи в українській системі охорони здоров'я є повільними та несистематичними. Кількість та якість знань, необхідних для управління змінами в системі охорони здоров'я, повинні виходити за межі галузевих знань та створювати нові системні знання. Існує потреба у розвитку широкомасштабного незалежного мислення менеджерів охорони здоров'я для впливу на соціальні та економічні процеси.

Реформа сектору повинна мати на меті трансформацію системи охорони здоров'я із соціальних витрат на соціальні інвестиції, з міжгалузевого підходу до управління системою охорони здоров'я, з широкого на інтенсивний розвиток системи [2].

Критеріями ефективності системи охорони здоров'я мають бути:

- вплив на результати, а саме на здоров'я;
- соціальна справедливість, тобто надання кожному пацієнту кваліфікованої медичної допомоги;
- задоволеність населення якісною медичною допомогою.

Таким чином, система охорони здоров'я потребує інноваційного перетворення системи, торкаючись усіх сфер діяльності, які можуть вивести її на новий рівень розвитку. Зокрема, впровадження доказової медицини та інших інноваційних підходів становлять єдину інформаційно-методологічну доктрину, здатну підняти національну охорону здоров'я на якісно новий рівень.

Сьогодні всім ясно, що зусиль самої системи охорони здоров'я недостатньо для вирішення проблем здоров'я населення. Слід чітко розмежувати обов'язки охорони здоров'я між суспільством та державою. Важливо, щоб самі громадяни в першу чергу були зацікавлені в підтримці, зміцненні та підтримці свого здоров'я. Не можна повністю розраховувати на державу чи лікаря, і не можна бути впевненим, що прийом ліків, хоч і ефективним, вилікує будь-яку хворобу. Кожен громадянин може і повинен звертати увагу на своє здоров'я, пропагувати здорове довкілля та нести соціальну відповідальність перед суспільством. Коли це розуміють і розуміють,

існує також розуміння корисності соціально орієнтованої системи охорони здоров'я, яка розвивається до інноваційних змін.

Таким чином, процес реформування та оптимізації державної політики охорони здоров'я України в умовах глобалізованого суспільства повинен включати такі стратегічні сфери регулювання:

- приведення національного законодавства про охорону здоров'я у відповідність із законодавством Європейського Союзу

- розробка та затвердження рамок стратегічного планування для галузі охорони здоров'я в Україні;

- встановлення ефективних механізмів державного регулювання приватного сектора охорони здоров'я, забезпечення його якості та ефективності;

- визначення та інституціоналізація обсягу гарантованих державними зобов'язаннями щодо безоплатної медичної допомоги;

- розробка концепції поступового переходу на домінуючі принципи доказової медицини, впровадження системи формул як якісно нового підходу до проблеми раціонального використання наркотиків та ефективного забезпечення населення ліками;

- фінансова підтримка базових та прикладних досліджень охорони здоров'я;

Підвищення вимог до підготовки наукових кадрів та забезпечення раціонального використання науково-інформаційних ресурсів у галузі охорони здоров'я [11].

Аналіз державної політики охорони здоров'я в Україні представлений у табл. 2.1

Таблиця 2.1

Стан, завдання і заходи державної політики охорони здоров'я в Україні

Проблеми у галузі охорони здоров'я в Україні	<p>Недостатнє фінансування сектору, наслідком чого є низький рівень оплати праці медичних працівників та брак ресурсів для забезпечення доступної, якісної та ефективної медичної допомоги.</p> <p>Неадекватна організація медичної допомоги, дисбаланс у розвитку амбулаторної поліклініки та стаціонару, первинної та спеціалізованої допомоги, а також недостатня комунікація та наступність у їх наданні.</p> <p>Недостатня юридична підтримка системи охорони здоров'я.</p> <p>Недостатні, незгоджені та неефективні заходи щодо збереження та зміцнення здоров'я населення.</p> <p>Необхідність вдосконалення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації лікарів та інших медичних працівників та покращення умов їх праці, якості та ефективності.</p> <p>Шлюб сучасних медичних технологій, відсутність знань про них, недостатнє медичне забезпечення та матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я.</p> <p>Погана інформація та управління системою охорони здоров'я на різних рівнях.</p>
Завдання державної політики в галузі охорони здоров'я	<p>Досягти позитивних змін у збереженні та поліпшенні здоров'я всіх верств населення.</p> <p>Підвищення якості та ефективності медичної допомоги.</p> <p>Забезпечення соціальної справедливості та прав громадян на неї в контексті трансформації соціальних та економічних відносин.</p> <p>Вдосконалення організації та фінансування галузі та раціональне використання ресурсів.</p>
Необхідні заходи державної політики в галузі охорони здоров'я	<p>Здійснення економічних реформ, спрямованих на поступовий розвиток та збільшення ВВП, що покращить добробут населення.</p> <p>Поліпшити добробут людей, створити умови для раціонального збалансованого харчування, активного культурного відпочинку, фізичної культури та спорту.</p> <p>Забезпечення ефективного захисту навколишнього середовища;</p> <p>Охорона праці на всіх робочих місцях та створення сприятливих умов праці.</p> <p>Розвиток здорового способу життя, його моральне та матеріальне стимулювання, гігієнічне виховання та виховання.</p> <p>Активна популяційна політика, спрямована на збільшення народжуваності та зменшення смертності.</p> <p>Збереження та поліпшення репродуктивного здоров'я населення та вдосконалення системи захисту материнства.</p> <p>Забезпечити повний гармонійний фізичний та розумовий розвиток дитини з народження, її раціональне харчування, оптимальні умови життя, виховання та навчання.</p> <p>Забезпечити запобіжний характер системи охорони здоров'я шляхом вдосконалення законодавства про охорону здоров'я та широкого впровадження превентивних заходів.</p> <p>Розвиток фармацевтичної та медико-інструментальної промисловості, виробництво імунобіологічних препаратів, медичних приладів, здешевлення, підвищення якості та безпеки вітчизняних продуктів.</p>

Виходячи з вищесказаного, ми робимо висновок, що стан здоров'я громадян України та національного сектору охорони здоров'я є чітким відображенням рівня економічного розвитку країни, спрямованості її національної політики та, зокрема, її увага до нього, яка присвячена соціальним проблемам та формуванню «людського капіталу». Як якісна характеристика економічно активного населення, стан здоров'я нації безпосередньо впливає на рівень продуктивності праці в суспільстві та суттєво впливає на його соціально-економічний розвиток.

Отже, розвиток суспільства супроводжувався еволюцією поглядів науковців на державну політику щодо поліпшення рівня та якості життя населення: перехід від переважання переважно ринкових або переважно державних механізмів регулювання до пошуку оптимальний баланс між ними. Водночас пріоритети такого впливу також змінилися: від захисту інтересів держави та бізнесу до фактичного покращення добробуту населення та подолання бідності. Ця зміна ставлення вчених відбувається не лише завдяки досвіду та знанням суспільства, а й соціально-економічним та політичним чинникам.

У контексті вищевикладеного ми робимо висновок, що громадськість потребує оптимізації діяльності української системи охорони здоров'я в епоху глобалізації вимагає пошуку нових шляхів формування та реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я з використанням інноваційних підходів та передових технологій зарубіжний досвід.

Державна політика охорони здоров'я в Україні Це сукупність прийнятих національних рішень або зобов'язань щодо збереження та сприяння фізичному та психічному здоров'ю та соціальному благополуччю населення держави як важливої складової її національного багатства шляхом реалізації набору політики, організаційні, економічні, правові, соціальні, культурні, наукові та медичні заходи щодо збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та вимог нинішнього та майбутніх поколінь в інтересах особистості (особи) та суспільства в цілому.

Стратегічні цілі національної політики охорони здоров'я України повинні включати: зменшення захворюваності та передчасної смертності серед різних груп населення за віком, статтю, професією, релігією та іншими факторами; Продовжити середню тривалість життя людини при збереженні достатньої якості; продовжити трудове життя та соціальну активність людини; зменшити негативний вплив навколишнього середовища (природного та техногенного) на здоров'я населення; кардинальне вдосконалення системи медичної профілактики захворювань та їх ускладнень, а також реабілітація осіб, які втратили здоров'я.

Процес реформування та оптимізації державної політики охорони здоров'я України в умовах глобалізованого суспільства повинен включати такі стратегічні сфери регулювання: Приведення національного законодавства у галузі охорони здоров'я у відповідність із законодавством Європейського Союзу; розробка та затвердження стратегічного планування сектору охорони здоров'я в Україні; Встановлення ефективних механізмів державного регулювання приватного сектору охорони здоров'я, забезпечення його якості та ефективності; Визначення та інституціоналізація обсягу гарантованих державними зобов'язаннями щодо безоплатної медичної допомоги; перехід до багатоканальної системи фінансування медичного сектору; розробка концепції поступового переходу на домінуючі принципи доказової медицини, впровадження системи формул як якісно нового підходу до проблеми раціонального використання наркотиків та ефективного забезпечення населення ліками; підтримка фінансових базових та прикладних наукових досліджень у галузі охорони здоров'я; підвищення вимог до підготовки наукових кадрів, забезпечення раціонального використання наукових та інформаційних ресурсів у галузі охорони здоров'я.

2.2. Аналіз політики фінансування системи охорони здоров'я в Україні

Політика та видатки на фінансування охорони здоров'я повинні враховуватися в загальних економічних та макрофінансових умовах країни. Існує чітке розуміння того, що збільшення фіскального простору для охорони здоров'я залишатиметься обмеженим у довгостроковій перспективі, і що підвищення ефективності слід розглядати як головне джерело доходу від покращення послуг.

Реформи охорони здоров'я проводяться у жорстких макро-офісних умовах. Загальний розмір економіки залишався в основному незмінним на душу населення протягом останнього десятиліття (2008-2018). Темпи економічного зростання за той же період значно змінилися. Середній темп економічного зростання становив 0,2 відсотка на душу населення, з двома помітними спадами: перший у світовій фінансовій кризі 2009 року, а другий у 2014 - 2015 роках для політичних подій (рис. 2.1). За останнє десятиліття економічні показники України різко контрастували з показниками країн-порівняльників. Очікується, що економічне зростання відновиться найближчим часом, принаймні до скромного прогнозу в 3-4 відсотки на рік протягом 2019-2024 років (рис. 2.2).

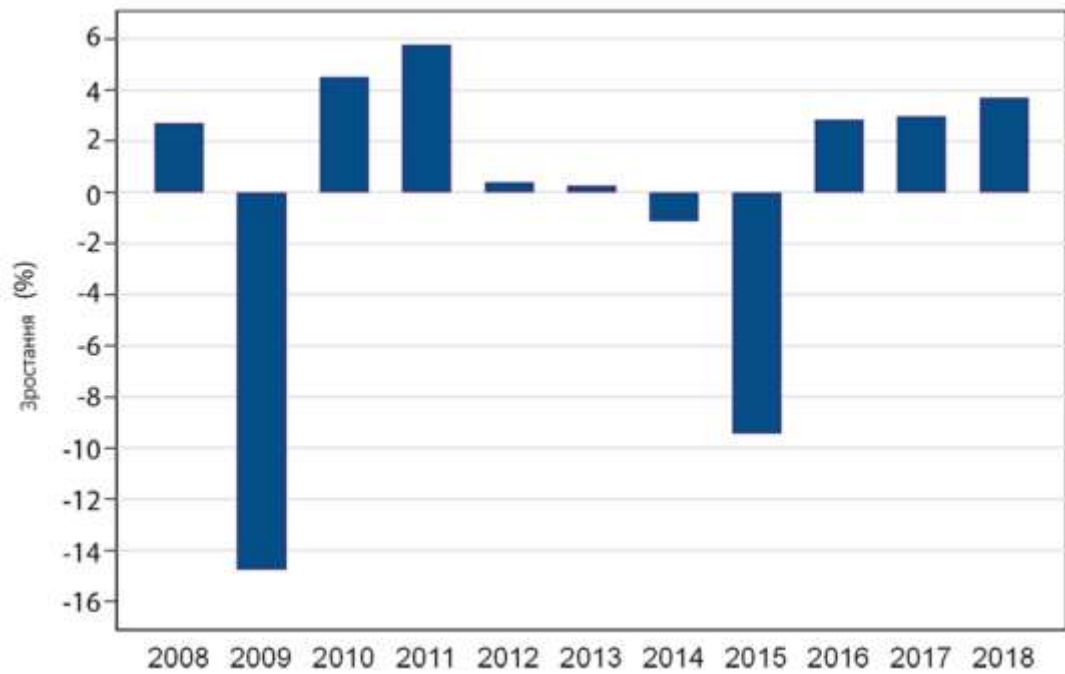


Рис. 2.1 Економічне зростання на душу населення, 2008-2018 роки

Уряд продовжить підтримувати дефіцит бюджету на рівні близько 2% ВВП до 2021 року (рис. 2.2). Фіскальна дисципліна трохи погіршилась у 2018 році після затвердження додаткового бюджетного та пенсійного законодавства, включаючи значне збільшення заробітної плати та пенсій. Цільовий дефіцит бюджету на 2019 рік встановлений на рівні 2,3 відсотка ВВП і, ймовірно, він буде досягнутий здебільшого через зменшення капітальних витрат.



Рис. 2.2. Державні доходи та витрати як частка від ВВП, 2014-2021 роки

Оцінки реформи показують, що рівень витрат на охорону здоров'я на душу населення становить близько 150 доларів США, причому більшість (54 відсотки) надходять із кишень пацієнтів. У 2016 році близько 40% витрат на охорону здоров'я фінансувались із державних джерел. Державне фінансування охорони здоров'я становило приблизно 87 доларів США (у постійних 2018 доларах) (або 3,2% ВВП), приблизно як очікувалось для рівня доходів України, але нижчим майже у всіх країнах-порівняльниках, крім Киргизії (рис. 2.3). Витрати на пацієнтів із «кишені» були значно вищими, ніж в інших країнах із порівнянним доходом. З 2010 по 2015 рік частота виплат «з кишені» пацієнтів призводить до зубожіння, зросла з 7,6% домогосподарств до 9,0%, тоді як частота катастрофічних виплат «з кишені» пацієнтів зросла з 11,5% до 14,5% . Найбільшими факторами витрат «з кишені» пацієнта є ліки та стаціонарна допомога.

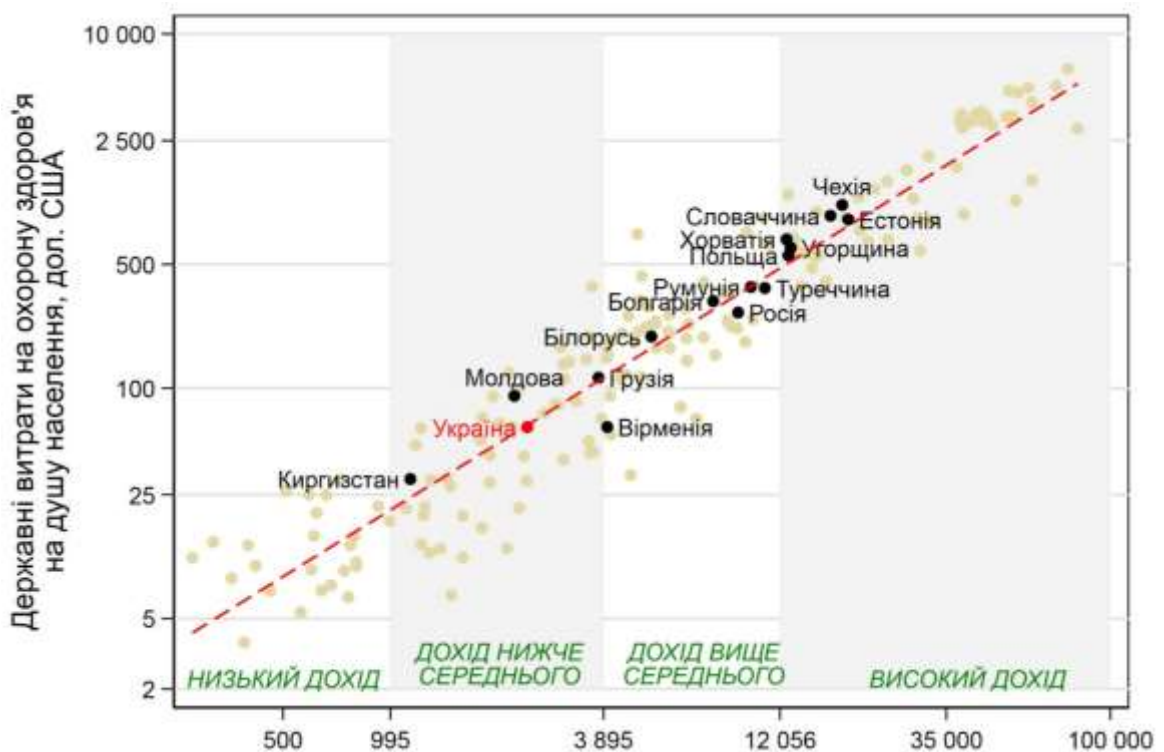


Рис. 2.3. Державні витрати на охорону здоров'я на душу населення проти валового національного доходу на душу населення (дол. США), 2018 рік

Державні витрати на охорону здоров'я з початку реформ залишалися приблизно однаковими в реальному вираженні на душу населення і повернулися до рівня, який спостерігався у 2014 році. З метою зменшення дефіциту державного бюджету та відновлення стабільності макрокабінетів у 2015-2016 роках уряд довелося суттєво скоротити витрати на охорону здоров'я (зі 101 доларів США у 2014 році до 87 доларів США у 2016 році при незмінних цінах 2018 року, виражених у доларах США) (рис. 2.4). Податкова реформа, запроваджена в 2015 році, значно зменшила податкові внески до фондів соціального захисту населення, збільшивши таким чином дефіцит пенсійного фонду до 5% ВВП. З метою забезпечення соціального захисту бідних та незахищених верств населення шляхом підвищення тарифів на газ були введені субсидії на опалення та житлово-комунальні послуги. Як результат, витрати на соціальний захист зросли з 8,4 відсотка ВВП у 2015 році до 10,3 відсотка у 2016 році, тоді як видатки у всіх інших секторах значно скоротились.

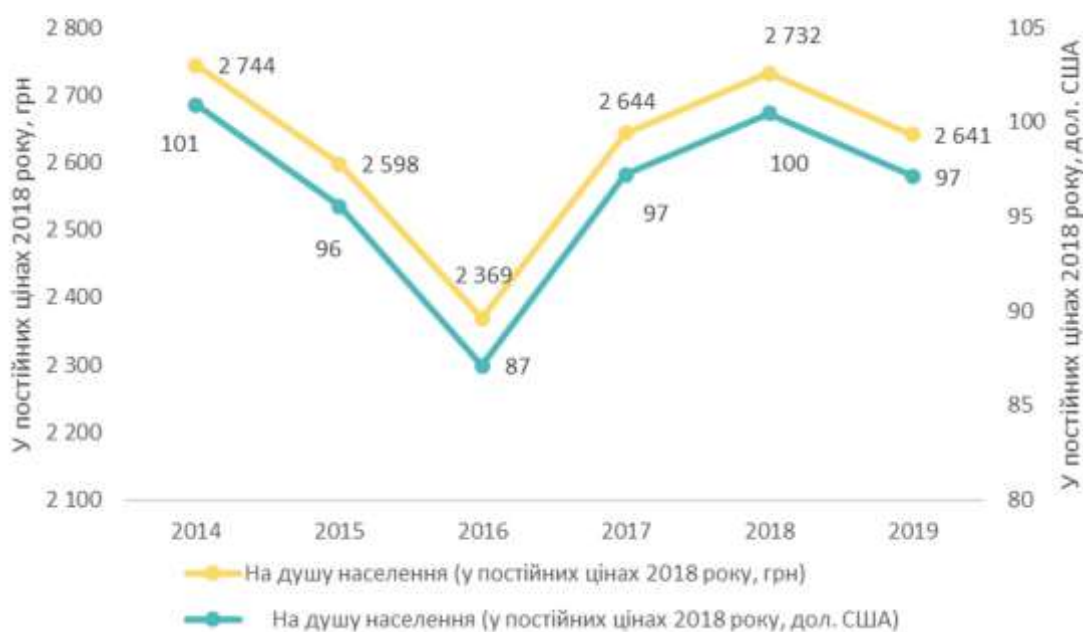


Рис. 2.4. Державні витрати на охорону здоров'я в реальній гривні 2018 року в доларах США, 2014 – 2019 роки

В контексті реформи децентралізації, затвердженої в 2014 році, важливо правильно позиціонувати реформу фінансування охорони здоров'я. Роль

місцевих фінансів у сукупному доході постачальників послуг виявилась дуже різною між регіонами та всередині регіонів, враховуючи існуючу політику розподілу власних доходів та значну спроможність визначати пріоритети місцевих видатків. Реформи фіскальної децентралізації зменшили субсидії з центрального рівня для деяких областей. Це може збільшити диспропорції між регіонами та всередині них. Зростання ВВП в Україні є висококонцентрованим (тобто деякі регіони ростуть дуже швидко, а інші взагалі не ростуть або навіть не мають негативного приросту) Ця концентрація значно перевищує середнє значення Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР). У цьому контексті об'єднання ресурсів, включаючи медичні субсидії, з боку закупівельного агентства на центральному рівні відіграє вирішальну роль у зменшенні міжрегіональних диспропорцій у забезпеченні прав та доступу до медичних послуг.

Частка охорони здоров'я у державних видатках зменшується з 2014 року. Скорочення державного фінансування є важливим, оскільки це вказує на необхідність пріоритетності бюджету на охорону здоров'я. Хоча зниження пріоритетів у галузі охорони здоров'я протягом 2014 - 2019 років зрозуміло через описаний вище тиск (обслуговування боргу, субсидії та пенсійні витрати) та триваючий конфлікт, постійне зниження з року в рік викликає певні занепокоєння щодо майбутньої стійкості реформ. Зокрема, витрати на охорону здоров'я в розмірі 3,2 відсотка ВВП значно нижчі за 5 відсотків, передбачених Законом 2168 (рис. 2.5). Загальна стабільність бюджету на охорону здоров'я буде ключовим фактором у подальшому впровадженні реформ системи охорони здоров'я з метою збереження ресурсів від підвищення ефективності та покращення якості покриття та послуг.

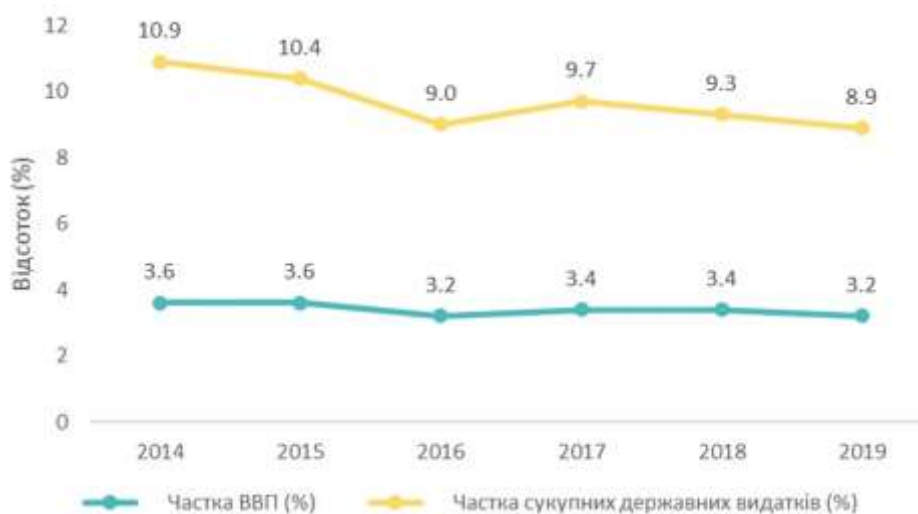


Рис. 2.5. Державні витрати на охорону здоров'я в процентах від ВВП та від загальних державних витрат, 2014-2019 роки

Позитивним є те, що витрати на надання першої медичної допомоги (ПМД) суттєво зросли, що відображає зусилля щодо зміцнення послуг первинної медичної допомоги. Державні витрати на першу медичну допомогу становили 10,6 відсотка витрат на охорону здоров'я у 2017 році проти 11,5 відсотка у 2018 році (рис. 2.6). У 2019 році частка першої медичної допомоги зросла до 14,6 відсотка від загальних державних витрат на охорону здоров'я. Збільшення балансу витрат на користь першої медичної допомоги є важливим показником встановлення пріоритетів у цьому секторі. Цей пріоритет послуг першої медичної допомоги підтверджує зусилля уряду щодо покращення якості послуг на первинному рівні. Коли вводяться вторинні та третинні реформи, важливо підтримувати цю тенденцію. Водночас, адекватне бюджетне планування є важливим для забезпечення фіскальної дисципліни та постійності реформ. Оскільки кількість людей, які підписали декларації про надання першої допомоги, перевищила цільову кількість, включену до кошторису бюджету на 2019 рік, уряд вже відчуває дефіцит. Незважаючи на те, що були вжиті тимчасові заходи для подолання нестачі, важливо планувати та розподіляти достатньо ресурсів у майбутньому бюджетному процесі.

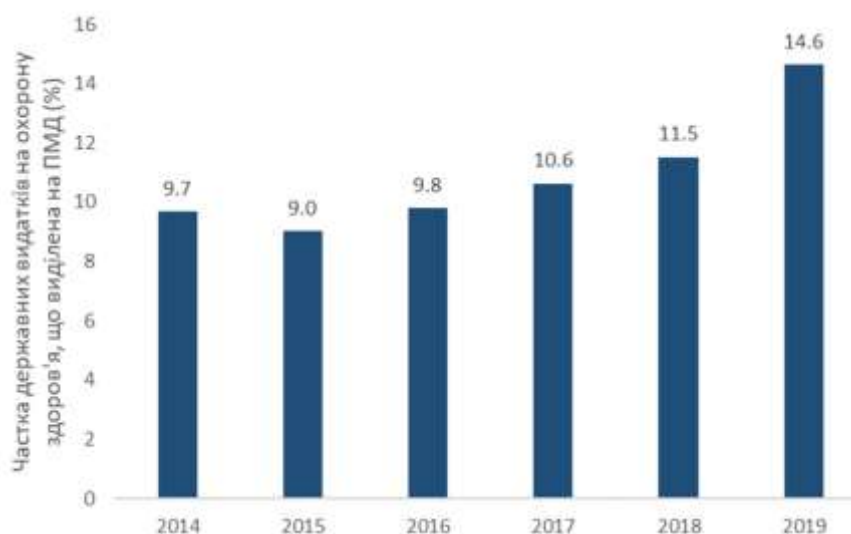


Рис. 2.6. Частка державних видатків на охорону здоров'я, яка виділена на ПМД

Однією з цілей реформи охорони здоров'я є покращення фінансового захисту, але дані про витрати на охорону здоров'я домогосподарств «з кишені» відсутні для вимірювання цього показника. Важливо виміряти, наскільки покращені потяги та покупки призвели до зменшення витрат на охорону здоров'я «з кишені». Незважаючи на те, що проводяться певні соціологічні опитування та оцінки, щорічні опитування домогосподарств щодо їхніх витрат можуть надати набагато більш детальне розуміння факторів та змін видатків, "не з кишені" в процесі просування реформ.

Оскільки збільшення державного фінансування неефективної системи не призведе до бажаних результатів, необхідне підвищення ефективності та впорядкування. Основна увага повинна бути зосереджена не лише на скороченні витрат, а й на придбанні більшої кількості та кращих послуг за витрачені гроші. Важливо покращити надання медичних послуг, щоб досягти кращих результатів для здоров'я, використовуючи однакову кількість ресурсів для захисту людей від катастрофічних витрат на охорону здоров'я. Реформа фінансування без реформи стаціонарної допомоги, ймовірно, буде неефективною. Без підвищення ефективності та оптимізації в лікарняному секторі існують ризики, показники витрат пацієнтів залишатимуться високими, заборгованість / дефіцит на рівні постачальника послуг зростатиме,

неефективність продовжуватиме стримувати покращення результатів охорони здоров'я.

Однією з ключових проблем реформи фінансування охорони здоров'я в Україні є впорядкування міжвідомчого фінансування системи. Об'єднуючи кошти в НСЗУ, уряд прагне зменшити фрагментацію розподілу ресурсів. Через обмежену спроможність значно збільшити ресурси на центральному рівні, реформа все ще покладається на органи місцевого самоврядування для покращення надання послуг.

Без ретельного моніторингу та своєчасних коригувальних дій поточна політика фіскальної децентралізації значно збільшує фіскальну силу та автономію місцевих органів влади, що саме по собі може призвести до менш справедливих та менш ефективних витратів на охорону здоров'я по всій країні. По-перше, як описано вище, деякі органи місцевого самоврядування відберуть та зможуть оплатити витрати на охорону здоров'я, що перевищують ПМГ, розробляючи власні програми заохочення медичних працівників, надаючи їм додаткове обладнання тощо. Не всі такі витрати можуть відповідати національним пріоритетам охорони здоров'я. По-друге, існує занепокоєння щодо наслідків цих механізмів для географічної справедливості, якщо інші механізми не будуть розроблені для того, щоб райони з меншим потенціалом доходу могли підтримувати свої властивості та покривати витрати на комунальні послуги, які є значними в Україні, особливо в холодну пору року. Дослідження ОЕСР показує, що для багатьох місцевих органів влади тягар управління місцевими бюджетами високий, що суттєво обмежує їхню фіскальну спроможність інвестувати. Крім того, і надалі існуватимуть розбіжності в оплаті праці медикаментів, ліків, матеріалів та обладнання. Це може навіть збільшитися і призвести до розчарування в реформах.

У той же час центральний уряд не має повної картини загальних ресурсів, виділених на охорону здоров'я в кожному регіоні, оскільки він не бере участь у процесах місцевого бюджету. Місцеві бюджети існують на рівні обласних, районних та місцевих органів влади. Кожна одиниця місцевого самоврядування

голосує за відповідні бюджети на початку року, а окремі бюджети - на веб-сайті кожної адміністративної одиниці. Консолідовані видатки, включаючи центральні та місцеві ресурси, доступні лише на веб-сайті Державного казначейства України. Це обмежує можливості Міністерства охорони здоров'я та НСЗУ адекватно планувати видатки бюджету.

Є деякі ранні вказівки на те, що видатки на охорону здоров'я за рахунок власних доходів місцевих органів влади зменшуються через неясну відповідальність та підзвітність витрат на охорону здоров'я та послуг на рівні місцевого самоврядування. Хоча було важко отримати регіональні дані про місцеві витрати на охорону здоров'я, деякі висловили занепокоєння тим, що, коли бюджети готувались на наступний рік, органи місцевого самоврядування виділяли менше коштів на охорону здоров'я із власних доходів. Наприклад, плани фінансування лікарень в Полтавській області, яка є пілотним регіоном для впровадження нового механізму оплати, показали, що місцева влада на районному рівні вже скоротила фінансування до 2019 року порівняно з 2018 роком.

Уряд продовжить використовувати поточну модель отримання доходів та об'єднання ресурсів з основними доходами від загальної системи оподаткування для сектора охорони здоров'я. Кошти та ресурси зосереджені в NHS, єдиному постачальнику медичних послуг за програмою гарантування охорони здоров'я як державних, так і приватних постачальників, щоб максимізувати вплив державного фінансування. Цей підхід цілком відповідає переважаючим економічним умовам та ринку праці в Україні. Уряд повинен продовжувати запроваджувати обмеження та створювати стабільну бюджетну базу. Безпосереднім пріоритетом є завершення підписання угод у 2020-2021 роках про вторинну медичну допомогу. Прийняття Парламентом Закону про державний бюджет на 2020 рік із переліком гарантованих державою послуг вторинного та третинного догляду забезпечить безперервне продовження реформ.

Висновки до другого розділу

Стан здоров'я громадян України та національний сектор охорони здоров'я є чітким відображенням рівня економічного розвитку країни, спрямованості її національної політики і, зокрема, уваги, приділеної соціальним проблемам та формуванню «людського капіталу». Однак збільшення державного фінансування неефективної системи не дасть бажаних результатів, а підвищення ефективності та ефективності буде необхідним. Основна увага повинна бути зосереджена не лише на скороченні витрат, а й на придбанні більшої кількості та кращих послуг за витрачені гроші. Важливо покращити надання медичних послуг, щоб досягти кращих результатів для здоров'я, використовуючи однакову кількість ресурсів для захисту людей від катастрофічних витрат на охорону здоров'я.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Розвиток співпраці органів державного управління, місцевого самоврядування та неурядових організацій

Здоров'я людини є фактором «людського капіталу» держави, який визначає рівень продуктивності праці в суспільстві та визначає перспективи соціально-економічного розвитку держави. Ось чому охорона здоров'я населення є пріоритетом для держави. Однак лише загальна громадянська обізнаність про цінність здоров'я громадян може призвести до розробки та запровадження реформ в системі охорони здоров'я в Україні.

Створення добровільних об'єднань з метою покращення здоров'я населення є життєздатним способом збереження етнічного походження.

Освітній сектор відіграє значну роль у соціальній ефективності реформ для впровадження нової концепції профілактичної медичної освіти. І людина в цій концепції - не пасивний «суб'єкт» кураторства медицини, а власний самостійний активний будівельник власного здоров'я.

Практика запровадження руху громадського здоров'я в Україні також включає створення різноманітних товариств з оздоровлення (зокрема, Товариства послідовників Іванова та туристичних товариств), які потребують моніторингу з боку системи охорони здоров'я.

Роль соціальних організацій у демократичній соціальній трансформації надзвичайно важлива. Отже, наскільки демократичні зміни визначаються ступенем участі громадськості і, зокрема, неурядових організацій в управлінні державою. Роль громадських організацій щодо доступу органів влади до процесів прийняття рішень є найбільш значущою та ефективною на місцевому рівні. Саме участь громадськості в процесі обговорення та прийняття рішень владою робить дії останніх прозорими, підвищує підзвітність політиків та влади перед громадянами, а також запобігає корупції, сприяє ефективному врядуванню та покращенню соціально-економічної ситуації в країні.

Форма та механізми участі громадськості в державному управлінні мають велике значення для підвищення ефективності та результативності участі громадських організацій у прийнятті рішень щодо надання окремих державних послуг. Їх розвиток є викликом для демократичної влади, особливо на місцевому рівні, за ініціативи представників громадянського суспільства. Найпоширенішими стратегіями та методами участі громадськості у процесі прийняття рішень та політики є: громадські слухання; громадські консультаційні групи; соціальний моніторинг надання державних послуг; Аналітичні дослідження; прогнозні плани тощо.

Роль участі громадськості у формуванні та реалізації політики охорони здоров'я на місцевому рівні характеризується використанням різних форм взаємодії при прийнятті рішень місцевими органами влади, залежно від стадії прогресу реформ, але головна особливість взаємодія у процесі прийняття рішень залишається незмінним у співпраці влади та громадськості.

Перший етап взаємодії можна розглядати як:

- участь у прийнятті рішень (це повинно включати визначення громадської думки за допомогою опитування)
- обробка та оприлюднення результатів; визначення пріоритетних питань для дій;
- обговорення отриманих результатів;
- аналітичне вивчення ситуації, визначеної як пріоритетна;
- визначення проблеми, яку потрібно вирішити за допомогою аналізу ситуації.

Другим етапом взаємодії громадських організацій в галузі управління охороною здоров'я є участь у прийнятті рішень. Сюди входять такі:

- створення робочих груп для обговорення та формулювання рішень місцевою владою;
- взаємодія громадян з владою, яку вони обрали (через засоби масової інформації, семінари), безпосередня участь громадян у прийнятті рішень.

Третій етап - це виконання рішення та регулярний моніторинг та оцінка діяльності органів влади.

Ефективним інструментом сприяння участі громадськості у прийнятті рішень має стати застосування інтегрованої методології, що включає вищезазначені форми, та участь громадян на всіх етапах управління реформою охорони здоров'я на рівні муніципалітетів, що сприятиме підвищенню ефективності, відповідальності та відкритості дій влади.

Відсутність обізнаності про можливості та дії соціальних організацій є недоліком активного залучення населення до процесу прийняття рішень щодо задоволення потреб територіальної громади, Обмежений досвід роботи з методами соціального моніторингу та маркетингу. Навчання населення методам громадської роботи підвищує роль і відповідальність самих громадян, зменшує опір інноваційним владним рішенням, сприяє розвитку регіональної адміністрації та місцевого самоврядування.

Важливим аспектом участі громадськості у прийнятті рішень щодо муніципальної реформи охорони здоров'я є надання якісної експертної підтримки, яка базується на науково обґрунтованому науковому аналізі та науково-стратегічному плануванні.

Аналіз літератури вказує на те, що державна політика щодо охорони здоров'я населення в сучасних умовах повинна базуватися на рівних можливостях охорони здоров'я та залученні громадян до розробки, реалізації та моніторингу управлінських рішень, а також розвитку міжгалузевих зв'язків у державному управлінні охороною здоров'я. Міжгалузеві зв'язки неможливо розвивати за допомогою традиційних технологій управління. Існує потреба в нових функціональних та структурних можливостях управління, які, в першу чергу, включають міжгалузеві підходи. Інструментом просування нової технології управління є здійснення ефективних заходів щодо підтримання та зміцнення здоров'я населення шляхом збереження як довкілля, так і факторів ризику праці, життя та хвороб. Ця політика, по суті, має міжгалузевий масштаб та є єдиною в стратегії управління охороною здоров'я. Водночас ця стратегія не

має обмежень «на горизонті» державного управління, а також стосується усіх рівнів управління та «вертикалі» - національного, регіонального та місцевого самоврядування.

Основні принципи державної політики та стратегій, що вимагають нових технологій управління, заснованих на міжгалузевому підході, як зазначалося вище, базуються на документах Оттавської хартії, Перша міжнародна конференція зі сприяння здоров'ю (Канада, 1986). Цей документ вперше звернув увагу політиків та чиновників усіх рівнів на основні соціально-економічні умови, що впливають на здоров'я населення. Політичні аспекти, такі як зменшення нерівності та нерівності у доступі до медичного обслуговування тощо, стали пріоритетами. Були запропоновані стратегії, які в процесі забезпечення громадського здоров'я включали підтримку соціальних дій та дій неурядових організацій. Вперше необхідно було перетворити процес управління охороною здоров'я на міжгалузеву діяльність.

Можна виділити п'ять стратегій державної політики та ефективні заходи щодо розвитку та підтримання здоров'я населення, особливо на регіональному рівні:

- розробка та реалізація державної політики, яка може гарантувати внесок кожного сектору суспільного життя у підтримку, зміцнення та відновлення здоров'я;

- створення сприятливого середовища (техногенного, соціального, економічного, культурного та духовного), що дозволить адаптуватися до перетворюючих соціальних процесів, включаючи індустрію нових технологій та організацію та безпеку праці (здорові робочі місця, чисте повітря, вода, їжа, тощо);

- посилення діяльності на рівні територіальних громад. Населення окремих адміністративних територій повинно мати можливість визначати пріоритети та місцеву владу;

- розробити та затвердити адекватні управлінські рішення щодо проблем здоров'я окремої громади;

- розвиток індивідуальних навичок та навичок, необхідних для збереження здоров'я та самореалізації;

- переорієнтація самої системи охорони здоров'я на пріоритет профілактиці захворювань та первинної медико-санітарної допомоги, а не лише відновленню індивідуального здоров'я.

Аналіз міжгалузевих цілей дозволив класифікувати основні детермінанти охорони здоров'я на національному та регіональному рівнях (див. рис. 3.1).

Розвиток міжгалузевої співпраці - це складний процес, який повинен базуватися на таких положеннях:

- міжгалузева взаємодія та соціальна діяльність повинні бути адаптовані до місцевих умов та забезпечувати участь;

- міжгалузева співпраця сприяє спільним програмам між організаціями, що працюють над вирішенням конкретної проблеми;

- для підтримки міжгалузевої співпраці необхідно мати розуміння та відданість фахівців у різних сферах співпраці;

- потрібна участь місцевих неурядових установ у прийнятті управлінських рішень щодо покращення стану здоров'я територіальної громади;

- здоров'я населення повинно бути стимулюючим фактором міжгалузевої взаємодії серед медичних працівників;



Рис. 3.1. Чинники впливу на охорону суспільного здоров'я на національному та регіональному рівнях

Потрібна чітка вертикальна координація міжгалузевої взаємодії на всіх рівнях управління, включаючи регіональне та місцеве самоврядування, а також ефективне залучення представників нижчого рівня до вищого координаційного органу.

Систематичний аналіз літератури за темою дослідження виявив фактори, що впливають на міжгалузеву координацію:

- інституціоналізація управління охороною здоров'я, особливо на регіональному рівні;
- економічні стимули та механізми реалізації;
- розвиток необхідної інфраструктури;
- чітко визначені відносини між органами виконавчої влади та організаціями, відповідальними за охорону навколишнього середовища та прийняття політичних рішень на окремих рівнях;
- розробка систем координації на національному та регіональному рівнях;
- розробка програм соціально-економічного розвитку з урахуванням стану та ризиків для здоров'я населення;
- встановлення відповідних норм і стандартів та проведення досліджень відповідно до пріоритетів;
- міжурядова та внутрішньодержавна співпраця з питань охорони здоров'я (міжурядові консультативні ради, координаційні ради з питань охорони здоров'я тощо);
- встановлення зв'язків між координаційною діяльністю та плануванням проектів.

Таким чином, для розвитку міжгалузевого співробітництва у галузі охорони здоров'я необхідно створити адекватну правову базу та інституції, розподілити повноваження та ресурси, здійснити заплановані заходи та, нарешті, контролювати результативність усіх компонентів системи відповідно до певних вимог .

Міжгалузева співпраця у сфері охорони здоров'я повинна брати участь не лише в організаціях, безпосередньо відповідальних за охорону здоров'я, але й у тих, діяльність яких опосередковано впливає на здоров'я (наприклад, освіта, екологія, будівництво, економіка, комерція, транспорт тощо). У міжгалузевій співпраці є проблеми управління. Інтеграція цінностей та принципів охорони здоров'я у державне управління та соціальний захист може усунути багато проблем (див. рис. 3.2).

Вивчення, поширення та прийняття громадськістю принципів індивідуального та громадського здоров'я; забезпечення законодавчої бази для вдосконалення державної політики у цій галузі; чітке прийняття управлінської (політичної) політики. Прийняття рішень, планування відповідних програм або проектів.

На наш погляд, прийняття громадськістю та ефективне регіональне управління є ключовими умовами успішної міжгалузевої інтеграції; документація відповідної екологічної політики; Впровадження механізмів координації для вирішення питань охорони здоров'я; створення необхідних політичних інститутів та виконавчих структур; визначення основних стратегічних напрямків; технічна готовність; вертикальна координація; ресурсне забезпечення.



Рис. 3.2. Складові впровадження державної політики з охорони здоров'я на рівні територіальної громади

Громадське схвалення та державне управління. Визнання проблем державного здоров'я урядом та науковцями недостатньо для запровадження ефективних заходів. Розуміння і прийняття суспільства, принаймні більшості. Громадська підтримка виникає, коли громадськість ознайомлена з даними журналістських (наукових) досліджень або коли проводяться спеціальні освітні державні програми. У будь-якому випадку, погляди територіальних громад на питання охорони здоров'я повинні враховуватися при формуванні державної політики (встановлення нормативної бази або прийняття відповідних управлінських рішень). Впровадження міжгалузевих механізмів координації для вирішення питань охорони здоров'я. Неможливо створити єдину організацію для вирішення всіх питань охорони здоров'я, оскільки існує багато видів діяльності, які прямо чи опосередковано впливають на здоров'я та навколишнє середовище.

Створення установ з координації політики. Політичні організації з чіткими ролями та обов'язками повинні створюватися на національному та регіональному рівнях. Вони можуть належати до структури уряду, міжвідомчого рівня тощо. Політичні інститути можуть створюватися в рамках існуючих структур або бути нещодавно утвореними. Важливим є залучення Міністерства охорони здоров'я та навколишнього середовища. Крім того, слід створити секретаріат (координаційну раду) для координації міжгалузевої взаємодії всіх відповідних секторів. Створення необхідних виконавчих структур. Організаціям, які займаються питаннями охорони здоров'я, необхідно налагодити зв'язок із структурами управління на всіх рівнях. Вони будуть виконувати функції секретаріатів або координаційних рад, відповідатимуть за дослідження, технічну підтримку та питання охорони здоров'я при плануванні проектів територіального розвитку тощо. Щоб мати успіх, виконавчі структури потребують стабільних ресурсів.

Визначення основних стратегічних напрямків. Політичні та управлінські рішення щодо покращення здоров'я населення вимагають великих досліджень існуючих проектів та оцінки стану здоров'я. Керуючись основними

пріоритетами політики, виконавчі структури повинні здійснювати моніторинг, встановлювати процедури оцінки стану громадського здоров'я, надавати рекомендації щодо планування, розробляти інноваційні методи управління територією тощо. Деякі з цих видів діяльності потребують законодавчої підтримки на національному та регіональному рівнях.

Технічна готовність. Слід надавати інтегровану інформацію про планування, щоб уникнути дублювання на рівні виконавчої організації та скоординованого використання ресурсів усіма секторами. Для цього потрібні значні ресурси. Тому, маючи певні ресурси, органи виконавчої влади можуть проводити деякі дослідження самостійно.

Вертикальна координація управління. Розширення системи прийняття управлінських рішень для міжгалузевої координації діяльності в галузі охорони здоров'я призведе до збільшення кількості адміністративних структур: міжурядових політичних організацій, національних та регіональних координаційних установ (координаційні ради, робочі та технічні групи, управлінські комісії). Важливо, щоб адміністративні установи були активними та мали правовий статус та чітко визначені обов'язки.

Ресурси. Для досягнення цілей політики та управління необхідні певні ресурси. Інформація, моніторинг стратегічних напрямків та підготовка фахівців є пріоритетними. Фінансова підтримка також необхідна для забезпечення участі громадськості (наприклад, семінари, громадські слухання, гранти).

У процесі децентралізації державного управління система місцевого самоврядування відіграє все більшу роль у збереженні та зміцненні здоров'я населення. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» визнає, що виконавчі органи сільських, селищних та міських рад у цій сфері включають управління закладами охорони здоров'я, також включають територіальні громади або передані їм; організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення; організація медичного обслуговування в навчальних, культурних, фізичних та спортивних закладах та оздоровчих закладах; забезпечення розвитку всіх видів медичної допомоги, розвиток та вдосконалення мережі

медичних закладів усіх форм власності, виявлення потреб у підготовці спеціалістів для них та організація зусиль щодо підвищення кваліфікації персоналу; Забезпечення, відповідно до законодавства, лікарських засобів та виробів медичного призначення на благо категорій населення; реєстрація відповідно до закону статутів (положень) закладів охорони здоров'я, розташованих на відповідній території, незалежно від форми власності; Внесення пропозицій до відповідних органів щодо ліцензування індивідуальної та підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я.

3.2. Напрями інформатизації медичної галузі

Стратегія розвитку електронного здоров'я та основні напрями інформатизації медичного сектору визначені резолюцією ВООЗ А58 / 21 «eHealth / E-health», де, серед іншого, зазначено: Система електронного охорони здоров'я повинна впливати на системи охорони здоров'я шляхом покращення охорони здоров'я та доступу до медичної допомоги, особливо у віддалених районах, для інвалідів та людей похилого віку. Це повинно принести користь постачальникам медичних послуг, професіоналам та кінцевим споживачам шляхом покращення якості медичного обслуговування та зміцнення здоров'я. Посилення охорони здоров'я через систему електронного охорони здоров'я може сприяти реалізації основних прав людини, покращуючи справедливість, солідарність, якість життя та якість медичного обслуговування». Проблема управління інформацією у секторі охорони здоров'я є складною, оскільки вимагає системного та комплексного підходу. ВООЗ запропонувала країнам-членам набір інструментів для розробки національної стратегії електронного охорони здоров'я (рис. 3.3).



Рис. 3.3. Набір інструментів для Національної стратегії електронного охорони здоров'я

Для оптимізації медичної інформації передбачені такі заходи (рис. 3.4):

- впровадити єдину інформаційно-аналітичну систему охорони здоров'я шляхом запровадження систем електронного документообігу, «електронної черги», «електронного рецепта»,
- електронні реєстри пацієнтів, у тому числі із захворюваннями кровообігу, онкологічними захворюваннями, цукровим діабетом, психічними розладами тощо; реєстри закладів охорони здоров'я, медичного та фармацевтичного персоналу; бланки медичної реєстрації;

– розробити та впровадити електронні інформаційно-аналітичні системи для передачі новітніх медичних технологій, диспетчеризації та моніторингу надання медичної допомоги та маршрутизації пацієнтів у закладах охорони здоров'я.



Рис. 3.4. Напрями інформатизації галузі охорони здоров'я

Мобільна медична допомога стає все більш поширеною, особливо в часи стихійних лих або пандемій, медичної освіти пацієнтів, дистанційного спілкування лікаря з пацієнтом через мобільні пристрої та збору даних про здоров'я. Мобільні додатки для виявлення підроблених наркотиків менш відомі (часто орієнтовані на населення, яке живе в бідних регіонах). Мобільні додатки, такі як mPedegree, дозволяють пацієнтам надсилати унікальний товарний код у текстовому повідомленні та отримувати текстові повідомлення у відповідь, вказуючи, справжній препарат чи фальшивий.

Проблемами, пов'язаними з появою мобільних додатків у галузі охорони здоров'я, є: як забезпечити точність отримання медичної інформації пацієнтами через мобільні пристрої, як захистити зв'язок пацієнта з медичним працівником, як гарантувати необхідне надійність послуг для функцій віддаленого моніторингу.

Очікується, що прогрес в галузі інформаційних та геномних технологій призведе до безпрецедентних нововведень у персоналізованій медицині. Термін «персоналізована медицина» - це форма медицини, яка використовує інформацію про гени, білки та середовище людини для профілактики, діагностики та лікування захворювання». Цією найдосконалішою галуззю науки є також електронне здоров'я, тоді як для декодування та обчислення персоналізованих медичних записів на основі біологічних зразків потрібні значні обчислювальні ресурси для зберігання та передачі цієї інформації, а також стандартні формати для кодування та обміну отриманою інформацією. Персоналізована медицина технічно залежатиме від електронної медичної картки пацієнта, яка містить дані, зібрані медичними установами, фармацевтичними організаціями, клінічними лабораторіями та лікарнями. Однак слід розглянути питання збереження біометричних цифрових даних, способи захисту конфіденційності та за яких умов забезпечити доступ до цих даних.

Послуги соціальних мереж (технології Web 2.0) Інтернет-програми, призначені для інтерактивного спілкування або контенту, створеного користувачами, проникають у сектор охорони здоров'я. Однією з тенденцій є можливість пацієнтів контролювати в Інтернеті стан свого здоров'я або дані про стан здоров'я батьків чи дітей. Ще однією новою тенденцією є використання Інтернет-систем репутації для оцінки медичних послуг.

Пацієнти шукають медичну інформацію в Інтернеті, а також використовують онлайн-спільноти соціальних мереж, щоб отримати підтримку та інформацію від інших. Деякі з цих сайтів соціальних мереж сприяють позитивним змінам у поведінці, пов'язаній зі здоров'ям. Іноді сайти дозволяють пацієнтам задавати та відповідати на питання щодо діагнозів та методів лікування. Це викликає занепокоєння щодо поширеності неточних та непрофесійних онлайн-медичних консультацій.

Використання соціальних мереж для дистанційного клінічного лікування викликає питання, подібні до питань, що виникають при наданні таких послуг за допомогою будь-якого іншого типу технологій:

Юридична відповідальність за медичне обслуговування та технічні та соціальні заходи, необхідні для збереження медичної таємниці;

Забезпечення належної безпеки та надійності послуг соціальних мереж, що передаються через додатки.

Однією з основних тенденцій розвитку електронного охорони здоров'я (охорони здоров'я) є сукупні дані про здоров'я. Наявність стандартизованих даних про пацієнтів забезпечує безпрецедентні можливості для агрегування. (Такі величезні колекції сукупних медичних даних (наприклад, геномні збірки даних) також називають «великими даними» - спеціальним терміном, що описує інформаційні масиви в діапазоні від терабайт до петабайта. Ці набори даних настільки великі, що до них неможливо звернутися за допомогою звичайних засобів управління базами даних.) Сукупні дані про стан здоров'я забезпечують ряд переваг для здоров'я:

- а) допомога в медичних дослідженнях;
- б) Оцінка ефективності лікарських засобів;
- в) надання загальної інформації пацієнтам, зацікавленим у певному лікуванні;
- г) Допомогати урядам у моніторингу загальних станів здоров'я та у визначенні місця, куди розподіляти дефіцитні ресурси.

Однак залишаються питання про необхідність анонімності цифрових даних для захисту конфіденційності та про використання таких даних у страхуванні чи працевлаштуванні (як фактор дискримінації).

Експерти припускають, що протягом наступного десятиліття три аспекти - це охорона здоров'я, персоналізована медицина, а додатки в соціальних мережах можуть перетворити охорону здоров'я. Але це станеться, коли стандарти інформаційно-комунікаційних технологій сприятимуть взаємодії між системами та пристроями, забезпечать конфіденційність та безпеку та

задовольняють потреби країн, що розвиваються. Багато стандартів електронного охорони здоров'я базуються на стандартах ISO, ITU, HL7 або IEEE, розроблених різними організаціями. Знову ж таки, існування конкуруючих специфікацій може відволікати від завдання досягнення сумісності (системи, програми, пристрої). Тому існує необхідність узгодженості стандартів у цій галузі не лише щодо технічних питань, а й щодо економічних та політичних аспектів рішень щодо електронного охорони здоров'я. Ми говоримо про право на приватне життя, недискримінаційний доступ до охорони здоров'я, загальне благо суспільства.

Підводячи підсумок, інформаційні процеси у галузі охорони здоров'я - це процеси, які повинні принципово змінити та покращити поточну ситуацію в галузі охорони здоров'я. Державна політика у сфері інформатизації системи охорони здоров'я України має бути спрямована на створення умов для економічного використання сучасних інформаційних технологій та на розвиток електронної охорони здоров'я.

Висновок до третього розділу

Для розвитку міжгалузевого співробітництва в галузі охорони здоров'я населення необхідно створити адекватну правову базу та установи, розподілити повноваження та ресурси та запровадити заплановані заходи, контролювати результативність усіх компонентів системи відповідно до вимогами, використовувати інструменти для розробки Національної стратегії електронного охорони здоров'я та слідувати вказівкам, запропонованим для інформатизації сектору.

РОЗДІЛ 4 ОХОРОНА ПРАЦІ

4.1. Аналіз небезпечних і шкідливих факторів при роботі на ЕОМ в фінансовому відділі

Людина випробовує вплив виробничих факторів. Ці фактори можуть робити на людину сприятливий і несприятливий вплив. Відповідно до ДСТ 12.0.002-080 несприятливі виробничі фактори можуть бути небезпечними і шкідливими. Шкідливий виробничий фактор у залежності від рівня і тривалості впливу може стати небезпечним. Класифікація небезпечних і шкідливих факторів визначений ДСТ 12.0.003-74.

Експлуатація ЕОМ супроводжується утворенням ряду шкідливих і небезпечних факторів психофізичного і санітарно-гігієнічного характеру.

Працівники підприємства, праця яких пов'язана з роботою на ЕОМ, піддаються під час роботи впливу наступних шкідливих і небезпечних факторів:

1. Психофізичних: фізичні (статистичні) і нервово-психологічні навантаження, монотонність праці.

2. Санітарно-гігієнічних: підвищення рівня шуму, статичне електричне, електромагнітне випромінювання, підвищення напруг електричних і магнітних полів, недостатня освітленість робочого місця, або підвищена яскравість світла.

Санітарними нормами і правилами встановлені наступні припустимі значення рівня шуму 50 Дб, граничне допустиме напруження електростатичного поля чи на робочому місці при тривалості впливу на людину до однієї години складає 60 кв/м.

Інтенсивність повітряних неіонізуючих електромагнітних полів на обслуговуючий персонал залежить від потужності джерела випромінювання, режиму роботи, конструктивних особливостей випромінюючих пристроїв, розташування робочого місця й ефективності захисних заходів.

Гранична припустима напруженість електричної складової електромагнітного поля складає 10 в/м.

Тривалість впливу неіонізуючого електромагнітного випромінювання на організм людини з інтенсивністю, що перевищує гігієнічні нормативи, приводить до функціональних змін з боку нервової, серцево-судинної та інших систем організму.

Проведені вченими дослідження показують, що перемінні магнітні поля з частотою 60 Гц можуть викликати очні захворювання, злоякісні пухлини, зниження імунного стану організму.

Фізичні перевантаження найчастіше торкаються зорової системи або кістково-м'язової системи (плечові суглоби, шия, верхня частина спини), що спричиняє остеохондроз.

У цілому, користувач ЕОМ не зіштовхується з яким-небудь особливими психічними чи емоційними проблемами. Дослідження показали одиничні випадки психічних зривів у результаті тривалої роботи на комп'ютері. Проте, рекомендується вживати заходи до запобігання надмірного дискомфорту і стомлення.

У більшості користувачів ЕОМ виникає кістково-м'язовий дискомфорт через статичну напругу м'язів, незручної пози чи часто повторюваних одноманітних рухів. З метою зменшення ймовірності професійних захворювань доцільно приймати наступні профілактичні заходи: забезпечення робочих місць зручними столами і стільцями, раціональна організація роботи, ергономічне проектування дисплеїв, клавіатури і підставок для документів.

Максимальний час роботи тієї чи іншої людини на комп'ютері варіюється, але не повинно перевищувати двох годин підряд. При роботі за комп'ютером варто розташуватися на відстані витягнутої руки від екрана. Сусідні монітори повинні знаходитися від працюючого на відстані не менш ніж 2м.

Основним джерелом ергономічних проблем, пов'язаних з охороною здоров'я людей, які використовують у своїй роботі персональні комп'ютери, є дисплеї з електропроміневими трубками. Вони являють собою джерела

найбільш шкідливих випромінювань, що несприятливо впливають на здоров'я операторів.

Існує два типи випромінювань, що виникають при роботі монітора: електростатичне та електромагнітне. Перше виникає в результаті опромінення екрана потоком заряджених часток. Неприємності, викликані їм, зв'язані з пилом, що накопичується на електростатично-заряджених екранах, що впливає на користувача під час його роботи за дисплеєм. Результати медичних досліджень показують, що такий електризований пил може викликати запалення шкіри.

Електромагнітне випромінювання створюється магнітними котушками системи, що знаходяться біля цокольної частини ЄПТ. Спеціальні виміри показали, що невидимі силові поля з'являються навіть навколо голови оператора під час його роботи за дисплеєм.

Людині, ймовірно, вже ніколи не вдасться цілком уникнути шкідливого впливу передових технологій, але можна звести його до мінімуму. Більшість проблем вирішується при правильній організації робочого місця, дотриманні правил техніки безпеки і розумному розподілі робочого часу.

Вимоги до мікроклімату. Мікрокліматичні параметри впливають на функціональну діяльність людини, його самопочуття і здоров'я і на надійність роботи засобів обчислювальної техніки. Особливо великий вплив на мікроклімат роблять джерела теплоти, що знаходяться в приміщенні. Основними джерелами теплоти є: ЕОМ, прилади освітлення, обслуговуючий персонал. Середня величина тепловиділення складає 310 Вт/м^2 . Питома величина тепловиділення від приладів висвітлення складає $35 - 60 \text{ Вт/м}^2$. Кількість теплоти від обслуговуючого персоналу невелика. Вона залежить від числа працюючих у приміщенні та інтенсивності роботи, виконуваної людиною.

Крім того, на сумарні тепловиділення впливають зовнішні джерела надходжень теплоти. До них відносять теплоту, від сонячної радіації, приплив теплоти через непрозорі огорожувальні конструкції.

Основним тепловиділяючим устаткуванням у дисплейному залі є ЕОМ – в середньому до 80% сумарних виділень. Тепловиділення від приладів освітлення складають у середньому 12%. Надходження теплоти від обслуговуючого персоналу – 1%, від сонячної радіації – 6%, приплив теплоти через непрозорі конструкції – 1%. Ці джерела теплоти є постійними.

На організм людини і роботу комп'ютерів впливає відносна вологість повітря. При вологості повітря до 40% стає тендітно основа магнітної стрічки, підвищується знос магічних голівок, виходить з ладу ізоляція проводів, а також виникає статична електрика при русі носіїв інформації в ЕОМ. При відносній вологості повітря більш 75-80% знижується опір ізоляції, змінюються робочі характеристики елементів ЕОМ, зростає інтенсивність відмовлень елементів ЕОМ. Швидкість руху повітря також впливає на функціональну діяльність людини і роботу високошвидкісних пристроїв печатки.

З метою створення нормативних умов для операторів ЕОМ встановлені норми мікроклімату (ДСТ 12.1.005-88). Ці норми встановлюють оптимальні і припустимі значення температури, відносній вологості і швидкості руху повітря в дисплейних приміщеннях з обліком надлишку явної теплоти, ваги виконуваної роботи і сезонів року.

Під оптимальними мікрокліматичними параметрами прийнято розуміти такі, які при тривалому і систематичному впливі на людину забезпечують збереження нормального функціонального і теплового стану організму без напруги реакції терморегуляції, створюють відчуття теплового комфорту і є передумовою високого рівня працездатності.

Вимоги до електробезпеки. Електроустановки, до яких відноситься практично все устаткування ЕОМ, представляють для людини велику потенційну небезпеку, тому що в процесі експлуатації або проведення профілактичних робіт людина може торкнутися частини, що знаходяться під напругою. Специфічна небезпека електроустановок: струмоведучі провідники, корпуси стійок ЕОМ і іншого устаткування, яке опинилося під напругою в результаті ушкодження ізоляції, не подають яких-небудь сигналів, що

попереджали б людини про небезпеку. Реакція людини на електричний струм виникає лише при протіканні останнього через тіло людини.

Експериментальні дослідження, показники, що людина починає відчувати дратівну дію перемінного струму промислової частоти силою 0,6-1,5 мА і постійного струму 5-7 мА. Ці струми не представляють серйозної небезпеки для діяльності організму людини і тому що при такій силі струмі можливе самостійне звільнення людини від контакту зі струмоведучими частинами, припустиме його тривале протікання через тіло людини.

У тих випадках, коли дія струмі стає настільки сильною, що людина не в стан звільнитися від контакту, виникає небезпека тривалого протікання струму через тіло людини. Тривалий вплив таких струмів може привести до ускладнення і порушення подиху. Для перемінного струму промислової частоти сила струму, що не відпускає, знаходиться в межах 6-20 мА і більш. Постійний струм не викликає ефекту, що не відпускає, а приводить к сильним болючим відчуттям, сила такого струму 15-80 мА і більше.

При протіканні струму в декілька сотих часток Амперів виникає небезпека порушення роботи серця. Може виникнути фібриляція серця, тобто безладні, некоординовані скорочення волокон серцевого м'яза, при цьому в серці не стане гнати кров по судинах, відбувається зупинка кровообігу, після чого впливає повна зупинка серця. Як показують експериментальні дослідження, граничні фібриляційні струми залежать від маси організму, тривалості протікання струму і його шляхів. Розглянуті реакції організму на дії електричного струму дозволили встановити три рівні припустимих струмів (ДСТ 12.1.038-82).

Перший рівень – невідчутний струм, що не викликає порушень діяльності організму і допускається для тривалого (не більш 10 хв. у добу) протікання через тіло людини при обслуговуванні електроустаткуванням. Для перемінного струму частотою 50 Гц він складає 0,3 мА, для постійного – 1 мА.

Другий рівень – струм, що відпускає. Дія такого струму на людину припустимо, якщо тривалість його протікання не перевищує 30 с. Сила струму, що відпускає: для перемінного струму – 6 мА, для постійного – 15 мА.

Третій рівень – фібриляційний струм, що діє короткочасно до 1 с. Сила струму: для перемінного струму – 50 мА, для постійного – 200 мА.

Важливе значення для запобігання електротравматизму має правильна організація обслуговування діючих електроустановок, проведення ремонтних і профілактичних робіт, здійснюване за допомогою наступних мір: доступ до роботи, нагляд під час роботи, відключення під час ремонту, вивішування попереджувальних плакатів і знаків безпеки, перевірка відсутності напруги, накладення заземлення.

При дотику до кожного з елементів ЕОМ можуть виникнути розрядні струми статичної електрики. Такі розряди не представляють небезпеки для людини, однак можуть привести до виходу з ладу ЕОМ. Для зниження величин виникаючих зарядів у дисплейних залах застосовують покриття технологічних підлог з одношарового полівінілхлоридного антистатичного лінолеуму марки АСИ. Ще одним методом захисту є нейтралізація статичної електрики іонізованим газом. Можна також застосувати загальне і місцеве зволоження повітря.

Вимоги до освітлення. Правильно спроектоване і виконане освітлення забезпечує високу працездатність, робить позитивний психологічний вплив на працюючих, сприяє підвищенню продуктивності праці. Про важливість питання освітлення для дисплейних залів говорить той факт, що основний обсяг інформації (близько 90%) оператор одержує по зоровому каналі.

До системи освітлення висувають наступні вимоги:

- відповідність рівня освітлення робочих місць характерові виконуваної зорової роботи;
- досить рівномірний розподіл яскравості на робочих поверхнях і в навколишньому просторі;
- відсутність різних тіней, прямого і відбитого блиску;

- сталість освітленості в часі;
- оптимальна спрямованість випромінюваного освітлювальними приладами світлового потоку;
- довговічність, економічність, електро і пожежобезпечність, естетичність, зручність і простота експлуатації.

З метою зменшення сонячної інсоляції світлопроеми влаштовують з північною, північно-східною або північно-західною орієнтацією. Монітори розташовують подалі від вікон і таким чином, щоб вікна знаходились збоку.

Якщо екран дисплея розташований до вікна, необхідні спеціальні пристрої, що екранують, (штори, які розсіюють світло, регульовані жалюзі, сонцезахисна плівка з металізованим покриттям).

Для штучного освітлення дисплейних приміщень краще використовувати люмінесцентні лампи, тому що в них висока світлова віддача (до 75 лм/Вт і більш), тривалий термін служби (до 10000 годин), мала яскравість світної поверхні, близький до природного спектральний склад випромінюваного світла, що забезпечує гарну передачу кольору.

Найбільш прийнятними для приміщень, у яких працюють економісти, є люмінесцентні лампи ЛБ (білого світла) і ЛТБ (тепло-білого світла) потужність 20, 40, 80 Вт.

4.2. Розрахунок системи штучного освітлення в медичному відділі

До сучасного виробничого освітлення пред'являються високі вимоги як гігієнічного, так і техніко-економічного характеру. Правильно спроектоване і виконане освітлення забезпечує високий рівень працездатності, робить позитивний психологічний вплив на працюючих, сприяє підвищенню продуктивності праці.

До системи освітлення висувають наступні вимоги:

- відповідність рівня освітленості робочих місць характерові виконуваної здорової роботи;
- досить рівномірний розподіл яскравості на робочих поверхнях і в

навколишньому просторі;

- сталість освітленості в часі;
- оптимальна спрямованість випромінюваного освітлюваними приладами світлового потоку;
- довговічність, економічність, електро – і пожежобезпечність, естетичність, зручність і простота експлуатації.

У тих випадках, коли одного природного освітлення в приміщенні недостатньо, встановлюють спільне освітлення. При цьому додаткове штучне освітлення застосовують не тільки в темний, але й у світлий час доби.

По конструктивному виконанню штучне освітлення може бути загальним і місцевим. При загальному освітленні всі робочі місця одержують освітлення від загальної освітлюваної установки. Комбіноване освітлення поряд із загальним включає місцеве освітлення, яке зосереджує світловий потік безпосередньо на робочих місцях. Застосування тільки місцевого освітлення неприпустимо, тому що виникає необхідність частоті адаптації зору, створюються глибокі і різкі тіні й інші несприятливі фактори.

Для штучного освітлення приміщень використовують люмінесцентні лампи, у яких висока світова віддача і тривалий термін служби, разом з тим необхідно враховувати недоліки: висока пульсація світлового потоку, необхідність застосування спеціальної пускорегулюючої апаратури, складність їхньої утилізації через наявність у лампах парів ртуті. Сьогодні на ринку систем штучного освітлення з'явилися нові схеми люмінесцентних ламп із підвищеною частотою мерехтіння. Однак широке просування даного сектора утруднено в зв'язку з непоінформованістю про даний вид товару і необхідності заміни старого устаткування, що несе підвищені витрати. Освітлення нової системи починають застосовувати при капітальному ремонті приміщень і при повній заміні старого устаткування.

Норми освітленості побудовані на основі класифікації зорових робіт з визначених кількісних ознак. Ведучою ознакою, що визначає розряд роботи, є

розмір деталей, що розрізняються. У свою чергу розряди поділяють на чотири підрозряди в залежності від тла і контрасту між деталями і тілом.

На стадії проектування основною задачею світлотехнічних розрахунків є визначення необхідної площі світлопроемів при природному освітленні і потрібні потужності освітлюваної установки – при штучному.

Дані для розрахунку:

1. Визначення типу джерела освітлення – люмінесцентні лампи.
2. Система освітлення – загальна.
3. Вибір типу світильника – „Астра 32».
4. Розмір приміщення:
 - а) Довжина А – 60 м.
 - б) Ширина Б – 30 м.
 - в) Висота Н – 5 м.
 - г) Висота робочої поверхні $h_p = 1$ м.

Коефіцієнт відображення стелі $\rho_n = 50$ %, стін $\rho_c = 30$ %, робочої поверхні $\rho_p = 10$ %.

Напруга мережі – 220 В.

1. Розраховуємо відстань від стелі до робочої поверхні за формулою:

$$H_o = H - h_p = 5 - 1 = 4 \text{ м.}$$

2. Розраховуємо відстань від стелі до світильника за формулою:

$$h_c = 0,1 \text{ м, так як кріпиться до стелі.}$$

3. Розраховуємо висоту підвішування світильника над освітлюваною поверхнею за формулою:

$$h = H_o - h_c = 4 - 0,1 = 3,9 \text{ м.}$$

4. Розраховуємо висоту підвішування світильника над підлогою за формулою:

$$H_n = h_p + h = 3,9 + 1 = 4,9 \text{ м.}$$

Для досягнення найбільшої рівномірності освітлення приймаємо відношення $L/h = 1,5$, тоді відстань між центром світильника буде $L = 1,5 * h$

$$L = 1,5 * 3,9 = 5,85 \text{ м.}$$

Знаходимо необхідну кількість світильників

$$N = \frac{S}{L^2} = \frac{60 * 30}{5,85^2} = \frac{1800}{34,2} = 53 \text{ шт.}$$

Приймаємо 7 світильника в один ряд.

Знаходимо i -індекс приміщення:

$$i = \frac{AB}{h(A+B)} = \frac{60 * 30}{3,9 * (60 + 30)} = 5,1$$

За табл. 23 при $i=5$, $\rho_n - 50\%$, $\rho_c - 30\%$, $\rho_p - 10\%$, для світильника типу ЛД 65 коефіцієнт використання світлового потоку $\eta = 0,67$.

Визначаємо світловий потік однієї лампи:

$$\Phi = \frac{E_{\min} * S * K_s * Z}{N_\eta}, \text{ де } K_s = 1,8 ; Z = 1,1 \text{ для люмінесцентних ламп}$$

$$E_{\min} = 100 \text{ лк.}$$

$$\Phi = \frac{100 * 1800 * 1,8 * 1,1}{53 * 0,67 * 2} = 5018 \text{ лм.}$$

де $K_s = 1,8$ за таблицею 5.

За знайденим світловим потоком вибираємо лампу потужністю 500Вт, що має світловий потік 8300 лм, найбільш близький до розрахункового. Г 215-225-500. За знайденим світловим потоком із таблиці 17 обираємо лампу. ЛД, яка має світловий потік 4000 потужністю 65 Вт.

При цьому фактична освітленість дорівнює:

$$E_\phi = E_{\min} \frac{\Phi_\lambda}{\Phi_p} = 100 * \frac{4000}{5018} = 80 \text{ лк.}$$

Визначаємо потужність освітлювальної установки:

$$P_s = P_\lambda * N = 65 * 53 * 2 = 6890 \text{ Вт} = 6,89 \text{ кВт.}$$

4.3. Методи та засоби колективного та індивідуального захисту від шуму

Боротьба з шумом в джерелах його виникнення. Це найбільш дієвий спосіб боротьби з шумом. Створюються мало шумні механічні передачі, розроблено способи зниження шуму в підшипникових вузлах, вентиляторів.

Зниження шуму звукопоглинанням та звукоізоляцією. Об'єкт, котрий випромінює шум, розташовують у кожусі, внутрішні стінки якого покриваються звукопоглинальним матеріалом. Кожух повинен мати достатню звукопоглинальну здатність, не заважати обслуговуванню обладнання під час роботи, не ускладнювати його обслуговування, не псувати інтер'єр цеху. Різновидом цього методу є кабіна, в котрій розташовується найбільш шумний об'єкт і в котрій працює робітник. Кабіна зсередини вкрита звукопоглинальним матеріалом, щоб зменшити рівень шуму всередині кабіни, а не лише ізолювати джерело шуму від решти виробничого приміщення.

Зниження шуму звукоізоляцією. Суть цього методу полягає в тому, що шумовипромінюючий об'єкт або декілька найбільш шумних об'єктів розташовуються окремо, ізолювано від основного, менш шумного приміщення звукоізолюючою стіною або перегородкою. Звукоізоляція також досягається шляхом розташування найбільш шумного об'єкта в окремій кабіні. При цьому в ізолюваному приміщенні і в кабіні рівень шуму не зменшується, але шум впливатиме на менше число людей. Звукоізоляція досягається також шляхом розташування оператора в спеціальній кабіні, звідки він спостерігає та керує технологічним процесом. Звукоізоляційний ефект забезпечується також встановленням екранів та ковпаків. Вони захищають робоче місце і людину від безпосереднього впливу прямого звуку, однак не знижують шум в приміщенні.

Зниження шуму акустичною обробкою приміщення. Акустична обробка приміщення передбачає вкривання стелі та верхньої частини стін звукопоглинальним матеріалом. Внаслідок цього знижується інтенсивність відбитих звукових хвиль. Додатково до стелі можуть підвищуватись звукопоглинальні щити, конуси, куби, встановлюватись резонаторні екрани, тобто штучні поглинаючі. Штучні поглинаючі можуть застосовуватись окремо або в поєднанні з личкуванням стелі та стін. Ефективність акустичної обробки приміщень залежить від звукопоглинальних властивостей застосовуваних матеріалів та конструкцій, особливостей їх розташування, об'єму приміщення, його геометрії, місць розташування джерел шуму. Ефект акустичної обробки

більш в низьких приміщеннях (де висота стелі не перевищує 6м) витягненої форми. Акустична обробка дозволяє знизити шум на 8 Дб.

Заходи щодо зниження шуму слід передбачати на стадії проектування промислових об'єктів та обладнання. Особливу увагу слід звертати на винесення шумного обладнання в окреме приміщення, що дозволяє зменшити число працівників в умовах підвищеного рівня шуму та здійснити заходи щодо зниження шуму з мінімальними витратами коштів, обладнання та матеріалів. Зниження шуму можна досягти лише шляхом знешумлення всього обладнання з високим рівнем шуму.

Роботу щодо знешумлення діючого виробничого обладнання в приміщенні розпочинають зі складання шумових карт та спектрів шуму, обладнання і виробничих приміщень, на підставі котрих виноситься рішення щодо напрямку роботи.

Нормування шумів.

В Україні і в міжнародній організації зі стандартизації застосування принцип нормування шуму на основі граничних спектрів (граничне допустимих рівнів звукового тиску) в октавних смугах частот.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі здійснено теоретичне узагальнення розвитку державної політики охорони здоров'я в Україні. Результати проведеного дослідження дозволили зробити наступні висновки теоретичного і практичного спрямування.

1. Розглядаючи сутність та зміст політики в галузі охорони здоров'я, було показано, що існує багато категорій політики в галузі охорони здоров'я, включаючи глобальну політику в галузі охорони здоров'я, політику в галузі охорони здоров'я, політику в галузі психічного здоров'я, політику в галузі охорони здоров'я, страховий поліс, політику особистого здоров'я, фармацевтичну політику та політика охорони здоров'я, така як політика вакцинації, політика контролю над тютюном або політика сприяння грудному вигодовуванню.

2. Дослідження міжнародних принципів, що регулюють формування державної політики в галузі охорони здоров'я, виявляє, що українська політика застосовується на основі принципів міжнародних договорів, а політика охорони здоров'я є керівними принципами більшості країн світу. Це Європейський кодекс соціального забезпечення (Страсбург, 1962); Хартія соціального забезпечення, прийнята X Всесвітнім конгресом профспілок (Гавана, 1982); висновки Першої міжнародної конференції зі сприяння здоров'ю (Канада, 1986 р.), відомий як Оттавська хартія та інші міжнародні документи.

3. На основі оцінки важливості політики та процедур у галузі охорони здоров'я визначено необхідність реформування сектору охорони здоров'я в Україні. Це пов'язано із значними суперечностями між зростаючими потребами населення у здоров'ї та здатністю району задовольняти їх на основі якості, доступності, ефективності, справедливості та справедливості. Політика охорони здоров'я держави повинна бути спрямована на підвищення рівня здоров'я, покращення якості життя та збереження генофонду українського народу.

4. Аналіз державної політики охорони здоров'я в Україні показав, що стан здоров'я громадян України та національного сектора охорони здоров'я є чітким відображенням рівня економічного розвитку країни та спрямованості її національної політики, і, зокрема, уваги, яку приділяють до соціальних питань та формування «людського капіталу». Як якісна характеристика економічно активного населення, стан здоров'я нації безпосередньо впливає на рівень продуктивності праці в суспільстві та суттєво впливає на його соціально-економічний розвиток.

5. В результаті оцінки політики фінансування охорони здоров'я в Україні було виявлено, що збільшення державного фінансування неефективної системи не дасть бажаних результатів і що необхідні ефективність та оптимізація. Основна увага повинна бути зосереджена не лише на скороченні витрат, а й на придбанні більшої кількості та кращих послуг за витрачені гроші. Важливо покращити надання медичних послуг, щоб досягти кращих результатів для здоров'я, використовуючи однакову кількість ресурсів для захисту людей від катастрофічних витрат на охорону здоров'я.

6. Дослідження виявило фактори, що впливають на охорону здоров'я населення на національному та регіональному рівнях. Розвиток міжгалузевої співпраці у галузі охорони здоров'я вимагає створення належної правової бази та інститутів, розподілу повноважень та ресурсів, здійснення запланованих заходів та, нарешті, контролю за роботою всіх компонентів системи відповідно до певних вимог.

7. Таким чином, за результатами магістерського дослідження було запропоновано інструменти для розробки Національної стратегії електронного здоров'я та напрямку інформатизації сектору: запровадження медичних інформаційних систем закладів охорони здоров'я; Створення відповідної інформаційної інфраструктури для створення єдиного інформаційного простору; використання телемедичних технологій; розробка та впровадження стандартів використання електронних медичних карт.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бахтеєва Т. Медицина – не та галузь, що може почекати до «кращих» часів / Т. Бахтеєва // Ваше здоров'я. – 2019. – 29 трав. – С. 3 – 4.
2. Голяченко А. Наукове обґрунтування оптимізації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / Голяченко А. – К., 2018. – 36 с.
3. Державна політика у сфері охорони здоров'я : [монографія] : у 2 ч. / кол. авт. ; упоряд. Я. Радиш ; передм. та заг. ред. М. Білинської, Я. Радиша. – К. : НАДУ, 2013 . – Ч. 1.-2013.-396 с.
4. Іртищева І.О., Рябець Д.М. Забезпечення доступності медичної допомоги як базової основи формування міцного здоров'я і благополуччя населення. Економічний аналіз. 2020. Том 30. № 1. Частина 2. С. 60-65. (0,75 д.а.). (Index Copernicus).
5. Іртищева І.О., Рябець Д.М., Трушлякова А.Б. Демографічна ситуація України в системі виміру людського капіталу та охорони здоров'я. Вісник Сумського національного аграрного університету. Серія «Економіка менеджмент». 2019. Вип.4 (81). С. 138-145. (Index Copernicus)
6. Іртищева І.О., Сергійчук С.І., Рябець Д.М. Стан і перспективи цифрової трансформації індустрії охорони здоров'я в Україні. Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету імені Дмитра Моторного (економічні науки)». 2020. № 1. С. 76-83. (0,63 д.а.). (Index Copernicus).
7. Князевич В. М. Медична галузь потребує системних змін / В. М. Князевич // 36. наук. пр. співробіт. НМАПО ім. П. Л. Шупика. – К. : НМАПО ім. П. Л. Шупика, 2018. – С. 5 – 7.
8. Князевич В. М. Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розбудови / В. М. Князевич // Східноєвроп. журн. громад, здоров'я. – 2018. – № 3 (3). – С. 23 – 37.

9. Концептуальні основи національної політики в галузі охорони здоров'я / В. М. Пономаренко, А. М. Нагарна, Л. І. Ткач, В. С. Гуменний // Укр. мед. вісті. – 2017. – № 1 (56). – С. 28 – 29.

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

11. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я : генезис, тенденції та закономірності розвитку : монографія / Н. П. Кризина. – К. : Вид-во НАДУ, 2017. – 224 с.

12. Людський розвиток регіонів України: аналіз та прогноз : кол. моногр. / за ред. Е. М. Лібанової. – К. : Ін-т демографії та соціол. дослідж. НАН України, 2017. – 328 с.

13. Мельниченко О. А. Підвищення рівня та якості життя населення: механізм державного регулювання : монографія / О. А. Мельниченко. – Х. : Магістр, 2018. – 232 с.

14. Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко [та ін.]. – К. : Здоров'я, 2016. – 396 с.

15. Парсяк В. Н. Наукове дослідження магістранта : у 6 ч. Ч. 1. Методика проведення, формалізації і публічного захисту результатів : навч. посіб. / В. Н. Парсяк, Н. Є. Терьошкіна, І. А. Воробйова ; за ред. проф. В. Н. Парсяка. – Миколаїв : НУК, 2013. – 202 с.

16. Петрова С. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування / С. Петрова [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Ttpdu_2014_2_14.pdf. 1в

17. Солоненко І. М. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я (із світового досвіду) / І. М. Солоненко, Н. Д. Солоненко // Охорона здоров'я України. – 2015. – № 3. – С. 34 – 38.

18. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я : навч. посіб. / Н. Солоненко. – К. : Вид-во НАДУ, 2015. – 416 с.

19. Солоненко Н. Міжнародні тенденції державної політики та управління реформуванням у галузі охорони здоров'я / Н. Солоненко, І. Солоненко // Вісник УАДУ. – 2001. – №1.-С. 187-194.

20. Худоба О. Система охорони здоров'я в Україні: термінологічний аналіз / О. Худоба // Ефективність державного управління : зб. наук. пр. Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України / за заг. ред. В. Загорського, А. Ліпінцева. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2019. – Вип. 21. – С. 145-150.

21. Brown, T. M.; Cueto, M.; Fee, E. (2006). "The World Health Organization and the Transition from "International" to "Global" Public Health". *American Journal of Public Health*. 96 (1): 62–72. doi:10.2105/AJPH.2004.050831. PMC 1470434. PMID 16322464.

22. Center for Economic and Social Rights. "The Right to Health in the United States of America: What Does it Mean?" Archived 2008-11-19 at the Wayback Machine October 29, 2004.

23. Cross, H, N Jewell and Karen Hardee. 2001. Reforming Operational Policies: A Pathway to Improving Reproductive Health Programs POLICY Occasional Paper. No. 7. Washington DC: The Futures Group International, POLICY Project

24. David E. Kelley, "A Life of One's Own: Individual Rights and the Welfare State." Cato Institute, October 1998, ISBN 1-882577-70-1

25. Friedmen, David. *The Machinery of Freedom*. Arlington House Publishers: New York, 1978. pp. 65–9.

26. Goodman, John. "Five Myths of Socialized Medicine." Cato Institute: Cato's Letter. Winter, 2005.

27. Harvard School of Public Health, Department of Health Policy and Management About Health Care Policy Archived 2011-05-14 at the Wayback Machine, accessed 25 March 2020.

28. Heritage Foundation News Release, "British, Canadian Experience Shows Folly of Socialized Medicine, Analyst Says." Sept. 29, 2000

29. Heritage Foundation News Release, "The Cure: How Capitalism Can Save American Health Care." December 18, 2006.

30. K. Hardee, L. Ashford, E. Rottach, R. Jolivet, and R. Kiesel. 2012. The Policy Dimensions of Scaling Up Health Initiatives. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project

31. Kereiakes, D. J.; Willerson, J. T. (2004). "US Health Care: Entitlement or Privilege?". *Circulation*. 109 (12): 1460–1462. doi:10.1161/01.CIR.0000124795.36864.78. PMID 15051650.

32. Kickbusch, I. (2011). "Global health diplomacy: How foreign policy can influence health". *BMJ*. 342: d3154. doi:10.1136/bmj.d3154. PMID 21665931.

33. Lu, C.; Schneider, M. T.; Gubbins, P.; Leach-Kemon, K.; Jamison, D.; Murray, C. J. (2010). "Public financing of health in developing countries: A cross-national systematic analysis". *The Lancet*. 375 (9723): 1375–1387. doi:10.1016/S0140-6736(10)60233-4. PMID 20381856.

34. Miller RL; DK Benjamin; DC North (2003). *The Economics of Public Issues* (13th ed.). Boston: Addison-Wesley. ISBN 978-0321118738.

35. National Health Care for the Homeless Council. "Human Rights, Homelessness and Health Care." Archived 2007-06-10 at the Wayback Machine

36. Sable-Smith, Alex, Arnett, Kelly R, Nowels, Molly A, Colborn, Kathryn, Lum, Hillary D, and Nowels, David. "Interactions with the Healthcare System Influence Advance Care Planning Activities: Results from a Representative Survey in 11 Developed Countries." *Family Practice* 35.3 (2017): 307-11. Web.

37. Sade, R. M. (1971). "Medical Care as a Right: A Refutation". *New England Journal of Medicine*. 285 (23): 1288–1292.

doi:10.1056/NEJM197112022852304. PMID 5113728. (Reprinted as "The Political Fallacy that Medical Care is a Right.")

38. Szlezák, N. A.; Bloom, B. R.; Jamison, D. T.; Keusch, G. T.; Michaud, C. M.; Moon, S.; Clark, W. C. (2010). Walt, Gill (ed.). "The Global Health System: Actors, Norms, and Expectations in Transition". *PLoS Medicine*. 7 (1): e1000183. doi:10.1371/journal.pmed.1000183. PMC 2796301. PMID 20052277.

39. Tanner MD. Revolt Against Canadian Health Care System Continues. "Cato-at-liberty" – The Cato Institute, August 2016.

40. The Cato Institute. Cato Handbook on Policy, 6th Edition – Chapter 7: "Health Care." Archived 2006-12-29 at the Wayback Machine Washington, 2015.

41. The Lancet (2011). "Half a century of Amnesty International". *The Lancet*. 377 (9780): 1808. doi:10.1016/S0140-6736(11)60768-X. PMID 21621708.

42. United Nations. The Universal Declaration of Human Rights. Adopted on December 10, 1948 by the General Assembly of the United Nations.

43. William F May. "The Ethical Foundations of Health Care Reform." *The Christian Century*, June 1–8, 1994, pp. 572–76.

44. World Health Organization. Health and Human Rights. Geneva. Accessed 27 May 2020.

45. World Health Organization. Health financing policy. Geneva. Accessed 27 May 2011.

46. World Health Organization. Health Policy, accessed 22 March 2020.