Електронне "**Державне управління: удосконалення та розвиток**"
включено до переліку наукових фахових видань України з питань державного управління
(Наказ Міністерства освіти і науки України від 22.12.2016 № 1604)
www.dy.nayka.com.ua | № 8 2018 р. | 31.08.2018

УДК 351

Саван Чоудрі,
здобувач Національного університету цивільного захисту України, м. Харків

ДЕРЖАВНА СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНИ

S. Choudhry,
postgraduate student of the National University of Civil Defense of Ukraine, Kharkiv

STATE STRATEGY FOR THE DEVELOPMENT OF HEALTH CARE IN UKRAINE

Визначено, що нові умови, що склалися побудови світу на основі процесів його «глобалізації» зажадають партнерства від всіх країн. Співпраця людей і організацій з різних країн світу, з різних підрозділів та інститутів, що працюють разом для досягнення єдиної мети, становить основу успіху реалізації стратегії поліпшення «здоров'я для всіх». Необхідність партнерства і його контекст (оцінка проб демонстрації і втручань суспільства, методів і обмежень, характеристик досліджень і партнерств зі співробітництва) грунтуються на доказах: ефективності співпраці (доведено взаємним впливом і більш віддаленими результатами станом здоров'я населення); впливів на зміну поведінки суспільства, на зміну суспільних систем, на умови і зміни середовища, на суспільство з поліпшенням здоров'я населення (доведено за величиною тривалості і проникненню змін в суспільство); методологічних змін (доведено результатами досліджень партнерства зі співробітництва); чинників і умов, що впливають на здатність створювати здорове суспільство шляхом змін систем охорони здоров'я (доведено оцінками місій, плануванням, діями, розвитком і підтримкою керівництва, документації і зворотним зв'язком в прогресі, технічною допомогою і підтримкою фінансовими ресурсами); ефективності партнерства і його вкладу в здоров'я суспільства (доведено соціальними і економічними чинниками, соціальним капіталом, громадським контролем); інших дослідницьких рекомендації, впроваджених в практику і службовців показником умов успіху. В Україні в рамках європейської «регіональної стратегії по досягненню здоров'я для всіх», рішення проблем медичної допомоги співзвучно проблемам Європейського бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я.

It is determined that the new conditions for building a world based on the processes of its "globalization" will require partnerships from all countries. The cooperation of people and organizations from around the world, from different departments and institutions working together to achieve a common goal, is the basis for the success of the strategy to improve "health for all". The need for partnership and its context (assessment of demonstration samples and public interventions, methods and constraints, characteristics of research and collaborative partnerships) are based on evidence of: effectiveness of cooperation (proven by mutual influence and longer-term health status); influences on change of behavior of a society, on change of social systems, on conditions and changes of the environment, on a society with improvement of health of the population (it is proved on size of duration and penetration of changes into a society); methodological changes (proven by the results of research on cooperation partnerships); factors

and conditions that affect the ability to create a healthy society through changes in health systems (proven by mission assessments, planning, actions, leadership development and support, documentation and feedback on progress, technical assistance and financial resources support); the effectiveness of the partnership and its contribution to public health (proven by social and economic factors, social capital, public control); other research recommendations implemented in practice and employees an indicator of the conditions of success. In Ukraine, within the framework of the European "Regional Strategy for Health for All", the solution of health care problems is in line with the problems of the European Bureau of the World Health Organization. It is noted that during the years of market reforms, health care in Ukraine was aimed at treating a growing number of patients and the disabled, rather than at preventing morbidity. Heads of health authorities did not seek to reduce the incidence by conducting medical examinations, preventive measures, detection and treatment of diseases at an early stage. At the same time, a passive health care development policy is less cost-effective than an active one. Because inpatient treatment requires more financial costs than preventive measures, it is a more economical use of resources. Measures to widely cover the population with such preventive measures as mass preventive examinations, medical examinations, immunization against infectious diseases, and universal sanitary and educational work have proved to be quite economical.

Ключові слова: *державна стратегія розвитку, сфера охорони здоров'я, громадський контроль, соціальний капітал, здоров'я суспільства, медична статистика, програми зміцнення здоров'я, система медичного страхування.*

Key words: *state development strategy, health care, public control, social capital, public health, medical statistics, health promotion programs, health insurance system.*

Постановка проблеми. Вплив «глобалізації» (з позиції вільної міжнародної торгівлі) на країни, що розвиваються (які є основними імпортерами товарів по догляду за здоров'ям, для служб охорони здоров'я) розглядається як можливість вирішення питань:

• розробки теорії вільної торгівлі, економіки, торгових угод (регіональні, СОТ) з метою досягнення глобального «здоров'я для всіх»;

• торгівлі товарами зі службами, пов'язаними із забезпеченням здоров'я і доглядом за ним (торгівля технологіями по догляду за здоров'ям, продуктами фармації, пестицидами, тютюном та тютюновими виробами);

• підвищення ролі ВООЗ (природа і роль ВООЗ) і фінансових інститутів (Міжнародний банк, національний рівень) в досягненні «здоров'я для всіх» .

При цьому наголошується, що і для сектора здоров'я країн, що розвиваються, і для міжнародних агентств в умовах «глобалізації» існують реальні загрози. Вони виходять від нестачі необхідної інформації про проактивних політиків, про їх наміри і дії по відношенню до країнам, що розвиваються, про службах виробниках товарів, про потенційних, негативних і позитивних можливостях останніх для здоров'я, про економічні вигоди і про інші аспекти можливих загроз. З їх урахуванням, ВООЗ рекомендує організовувати міждержавне співробітництво на 2 рівнях: вертикальному (між регіонами і країнами) і горизонтальному (між агентствами). Тобто «глобалізація» здоров'я, як і глобальна економіка в межах світової економіки взаємопов'язані.

Факт домінування в боротьбі за здоров'я громадян світових економік і політичних кіл став на сьогоднішній день основною силою, що об'єднала і підсилила роль ВООЗ, Міжнародного банку і Міжнародного валютного фонду в комерції, інвестиції, фінанси. Необхідно пам'ятати, що між якістю здоров'я і обсягом фінансування охорони здоров'я існує прямий зв'язок.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питанням формулювання державної стратегії розвитку сфери охорони здоров'я присвячені роботи таких вітчизняних та іноземних вчених, як Акімової Т.В., Бачиної Т.А. та Єрзилєва А.А., Загорського В.С., Посилкіної О.В., Трушкіної Л.Ю. та Тлепцерішева Р.А., Тулай О.І., та інших. В них достатньо широко розглянуті питання щодо державної стратегії розвитку сфери охорони здоров'я в України та можливостей її удосконалення. Разом з тим, в роботах цих та інших вчених не приділяється необхідна увага питанням державної стратегії розвитку сфери охорони здоров'я в України та якісної її функціонування.

Мета дослідження. Метою проведеного в поданій статті дослідження є визначення державної стратегії розвитку сфери охорони здоров'я в України.

Виклад основного матеріалу. Нові умови, що склалися побудови світу на основі процесів його «глобалізації» зажадають партнерства від всіх країн. Співпраця людей і організацій з різних країн світу, з різних підрозділів та інститутів, що працюють разом для досягнення єдиної мети, становить основу успіху реалізації стратегії поліпшення «здоров'я для всіх». Необхідність партнерства і його контекст (оцінка проб демонстрації і втручань суспільства, методів і обмежень, характеристик досліджень і партнерств зі співробітництва) грунтуються на доказах [1, с. 89]:

• ефективності співпраці (доведено взаємним впливом і більш віддаленими результатами станом здоров'я населення);

• впливів на зміну поведінки суспільства, на зміну суспільних систем, на умови і зміни середовища, на суспільство з поліпшенням здоров'я населення (доведено за величиною тривалості і проникненню змін в суспільство);

• методологічних змін (доведено результатами досліджень партнерства зі співробітництва);

• чинників і умов, що впливають на здатність створювати здорове суспільство шляхом змін систем охорони здоров'я (доведено оцінками місій, плануванням, діями, розвитком і підтримкою керівництва, документації і зворотним зв'язком в прогресі, технічною допомогою і підтримкою фінансовими ресурсами);

• ефективності партнерства і його вкладу в здоров'я суспільства (доведено соціальними і економічними чинниками, соціальним капіталом, громадським контролем);

• інших дослідницьких рекомендації, впроваджених в практику і службовців показником умов успіху.

В Україні в рамках європейської «регіональної стратегії по досягненню здоров'я для всіх», рішення проблем медичної допомоги співзвучно проблемам Європейського бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Основна теза програми «Здоров'я 2020: український вимір» зводиться до розуміння здоров'я як фундаментального права людини на фізичний, духовний, соціальний добробут при максимальній тривалості його активного життя. На етапі проведення реформ в Україні охорона здоров'я населення віднесена до державних пріоритетів до важливих правових моментів, визначальним статус всіх і кожного [2].

Її основу склали:

• характеристики стану здоров'я України (аналіз показників медичної статистики та, перш за все, народжуваності і смертності);

• встановлення мети і завдання концепції (використання результатів наукових досліджень при розробці програм зміцнення здоров'я);

• певні основи напрямки діяльності в галузі охорони здоров'я населення (здоровий спосіб життя);

• розроблені механізми реалізації концепції.

Концепція охорони здоров'я і розвитку медичної допомоги в Україні заснована на системі медичного страхування громадян і системі контролю якості [3, с. 32].

Пасивна політика розвитку охорони здоров'я - це медицина хвороб, спрямована на амбулаторне та стаціонарне лікування хворих.

Активна політика розвитку охорони здоров'я спрямована на медичну та соціальну профілактику захворюваності, інвалідності та смертності населення, формування здорового способу життя.

У роки ринкових реформ охорону здоров'я в Україні було направлено на лікування зростаючого числа хворих, інвалідів, а не на профілактику захворюваності. Керівники органів охорони здоров'я не прагнули скоротити захворюваність шляхом проведення диспансеризацій, профілактичних заходів, виявлення та лікування захворювань на ранній стадії. При цьому пасивна політика розвитку охорони здоров'я економічно менш вигідна, ніж активна. Оскільки лікування в стаціонарах вимагає більше фінансових витрат, ніж профілактичні заходи, це більш економічне використання ресурсів. Тільки в останні роки намітилися позитивні зрушення в бік проведення активної політики охорони здоров'я в рамках національного проекту «Здоров'я», включаючи розвиток амбулаторно-поліклінічної допомоги, диспансеризації, і ранньої діагностики захворювань в різних регіонах країни [4, с. 176].

В історії розвитку вітчизняної охорони здоров'я був час, коли розробка і вельми ефективне застосування профілактичних заходів здивували весь світ: у роки перших п'ятирічок, під час Великої Вітчизняної війни і в повоєнні роки. Так, досвід СРСР по ліквідації малярії досі розглядається зарубіжними фахівцями як чудо, яке ніде не вдалося повторити в таких масштабах. При цьому успіхи були досягнуті ціною значно менших витрат, ніж довелося витрачати іншим країнам на ті ж цілі в ті ж терміни.

Досить економічними виявилися заходи щодо широкого охоплення населення такими профілактичними заходами, як масові профілактичні огляди, диспансеризації, імунізація проти інфекційних хвороб, повсюдна санітарно-просвітня робота.

У теоретичному та практичному плані вітчизняну охорону здоров'я лідирувала в 30-40 роки і по праву вважалося однією з найбільш ефективних систем охорони здоров'я, яка зберігала свій високий авторитет до кінця 60-х - початку 70-х років.

Н. А. Семашко і його школа, розробивши теорію і конкретні прийоми ліквідації масових інфекційних, паразитарних та соціально значущих захворювань (трахоми, лепри, венболезней і т. д.), Обгрунтували умови для ліквідації цілого класу хвороб, що успішно виправдало себе у світовій практиці.

Хвороби того періоду були такі, що після курсу щодо простого, що не дорогого лікування людині поверталася повна працездатність і при цьому не падала тривалість життя.

У короткий історичний період (30-50 років) з переліку причин смерті практично виключити всі принципово виліковні хвороби населення (інфекційні, паразитарні та ряд соціально небезпечних) [5, с. 85].

Але згодом на зміну інфекційних хвороб прийшли різноманітні хронічні, що передаються у спадок або пов'язані з віковими змінами в організмі. Великобританія, США, Японія та інші країни змінили підходи до профілактики та лікування хронічних захворювань: системи кровообігу, органів дихання, захворювань ендокринної системи та ін.

При цьому найважливішою умовою повинна була стати корекція економічної політики в організації медичної допомоги населенню в бік значного збільшення фінансових і матеріальних ресурсів на розробку і реалізацію цільових комплексних програм.

Вітчизняна охорона здоров'я в 1980ие роки виявилося нездатним до аналогічного реформування.

В роки громадянської війни і відновлення народного господарства основними завданнями охорони здоров'я були: надання медичної допомоги пораненим і хворим, боротьба з епідеміями і перші кроки по створенню мережі державних закладів охорони здоров'я, системи медичної та фармацевтичної освіти.

Надалі змінилися типи закладів охорони здоров'я, організаційні форми їх роботи. У всіх регіонах стали широко розгортатися диспансери (протитуберкульозні, шкірно-венерологічні), санітарно-епідеміологічні станції, дитячі та жіночі консультації, пункти охорони здоров'я на підприємствах та інші установи профілактичної спрямованості.

На основі принципу єдності лікувальної та профілактичної медицини активно впроваджувався метод диспансерного спостереження, здійснювалася реорганізація на промислових підприємствах медичних пунктів першої лікарської і долікарської допомоги та формування медико-санітарних служб відомств, установ і організацій.

У старої системи були свої плюси, такі як, гарантованість кваліфікованої медичної допомоги всьому населенню, лікарі отримували невелику, але стабільну заробітну плату. Однак система управління мала багато недоліків. До них слід віднести громіздкість апарату, його багато-рівневого, дублювання багатьох рішень, великі витрати часу на прийняття рішень і їх виконання і т. д [6]. В силу цього втрачалася ефективність роботи системи. Одним з найбільш значущих недоліків системи охорони здоров'я того часу було розподіл фінансових коштів між поліклініками і стаціонарами таким чином, що поліклініки направляли в лікарні більшу кількість пацієнтів, ніж слід було, економлячи кошти на діагностиці та профілактиці. У лікарнях стимулювалося збільшення числа ліжок і кількості обладнання. Виявлялася схильність тримати хворих довше, ніж необхідно, тому зберігалася висока середня тривалість стаціонарного лікування. Така ситуація склалася через прагнення стаціонарів збільшити фінансування, медичний штат, отримати сучасне обладнання. Дана ситуація балу викликана пасивної політикою розвитку охорони здоров'я і зберігалася до справжніх реформ в системі охорони здоров'я.

В умовах централізованої адміністративної системи державні установи охорони здоров'я не мали прямих стимулів, крім професійної етики, суворо оцінювати якість і ефективність лікування. Лікувальні установи були слабо зацікавлені в зниженні витрат на лікування хворих і більш ефективне використання ресурсів.

Забезпечення медичною технікою ЛПУ та інших закладів охорони здоров'я було незадовільним.

Зараз в Україні національна система охорони здоров'я доповнена медичним страхуванням. Це дозволяє стримувати темпи комерціалізації охорони здоров'я в ринковій економіці. На жаль, в Україні сьогодні в медичному страхуванні є свої недоліки.

Необхідність реформування системи охорони здоров'я України в 1990-і роки була обумовлена цілою низкою складних соціально-політичних, економічних і медико-організаційних обставин, головними з яких були:

• кардинальні зміни, що відбуваються в економіці сьогодні;

• недооцінка комплексності проблеми охорони здоров'я;

• втрата довіри значної частини населення до якості надання медичної допомоги, насамперед у первинній ланці охорони здоров'я [7, с. 119].

Активна політика держави в галузі розвитку охорони здоров'я в останні роки намагається подолати наслідки екстенсивного розвитку галузі з випереджаючим розвитком дорогої стаціонарної допомоги. Витрати на неї склали в 1998 р 65% загального обсягу поточних витрат держави на охорону здоров'я, в той час, як в країнах з розвиненою ринковою економікою ця частка дорівнює 50%. За оцінками Міністерства охорони здоров'я України, до 35% пацієнтів, пролікованих в стаціонарах, можна було б перелічити амбулаторно.

Посилення профілактичних заходів амбулаторно-поліклінічної служби, збільшення обсягів наданої нею невідкладної медичної допомоги тягне за собою необхідність зміни організації та принципів надання населенню цієї допомоги. Однак робота по реорганізації стаціонарної допомоги в цілому йде дуже повільними темпами.

В даний час значна роль в реалізації завдань, що стоять перед охороною здоров'я, відводиться державних цільових програм. Їх реалізація дозволяє вирішити складні проблеми розвитку пріоритетних напрямків охорони здоров'я.

Важливим напрямком активної політики в галузі охорони здоров'я населення є забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя країни. Протягом останнього десятиліття XX століття були проведені заходи з реформування та вдосконалення діяльності держсанепідслужби. Проводиться робота по профілактиці

інфекційних захворювань, по скороченню захворюваності населення на дифтерію, вірусний гепатит А, поліомієліт, кашлюк та рядом інших інфекцій. Однак не досягнуто належної ефективності щодо попередження поширення вірусних гепатитів В і С, дизентерії, в ряді регіонів - кліщового енцефаліту і геморагічної лихоманки з нирковим синдромом.

У зв'язку з ростом числа надзвичайних ситуацій, необхідністю в забезпеченні постраждалих ефективної екстреною медичною допомогою утворена нова медична служба - медицина катастроф.Десятілетній досвід роботи служби довів доцільність і практичну значимість її розвитку.

Сформована в Україні ситуація на сьогоднішній день вимагає, щоб головним пріоритетом державної політики в галузі охорони здоров'я стало скорочення тих видів захворювань, які дають найбільш високі показники інвалідності та смертності населення, а також захворювань, що мають особливу соціальну значущість у зв'язку з кризовою демографічною ситуацією в країні. Це, перш за все, хвороби, що загрожують репродуктивного здоров'я і станом здоров'я матерів та новонароджених; соціально значущі захворювання, що представляють особливу загрозу для здоров'я нації в цілому: СНІД / ВІЛ, алкоголізм і наркоманія.

Для значного зниженя захворюваності и смертності населення та патенти щоб державна політика в Галузі розвитку охорони здоров'я стала активною и спрямованостей на розвиток профілактики захворювань и первинної медико-санітарної допомоги. Необходимо активно залучаті роботодавців и населення до реализации програми з охорони та Зміцнення здоров'я громадян, а також підвіщіті особисту відповідальність громадян за стану свого здоров'я.

Державна політика в сфері охорони здоров'я в найбліжчі роки винна Забезпечити Підвищення, якості та доступності медичної допомоги.

Необходимо також розвіваті санаторно-курортне обслуговування в системе профілактики, зміцнення и відновлення здоров'я населення України.

Головними інструментами реализации ціх пріорітетів є Цільові комплексні програми з планованімі кінцевімі результатами.

Висновки. На початкових етапі проведення реформ основу стратегії розвитку и організаційно-функціональної побудова системи державної охорони здоров'я склалось положення и рекомендації, розроблені ВООЗ. Однако при ее реализации означені проблеми Вимагаю и вімагають ретельного Вивчення Накопичення СВІТОВОГО досвіду и раціонального использование его в процесі проведення реформ з урахуванням реальних соціально-економічних умов України.

Всі аспекти охорони здоров'я, зазначені вищє, знаходяться в центрі уваги вітчізняніх и зарубіжніх вчених, організаторів охорони здоров'я. Це забезпечувало єдине управління охороною здоров'я за допомогою державного законодавства, державного фінансування і державної системи підготовки кадрів. Міністерство охорони здоров'я регулювала діяльність віх служб і структур охорони здоров'я шляхом видання наказів, виконання яких було обов'язковим для всіх органів і установ охорони здоров'я. Які безпосередньо надають медичну допомогу були виконавчими органами охорони здоров'я. Перевага централізованої системи полягала в розробці єдиних орієнтовних нормативів, в системі розподілу коштів, у відсутності необхідності і на місцях створювати місцеві нормативні акти. Недоліки системи полягали в недооцінки умов окремо взятих регіонів (розподілу населення, економічні, екологічні, кліматичні умови та інші фактори), які змушені працювати в умовах використання єдиних нормативів.

Бібліографічний список.

1. Акимова Т. В. Финансовые ресурсы системы здравоохранения в России: дис. …кандидата экон. наук: 08.00.10 / Акимова Татьяна Валентиновна. – Саратов, 2014.– 179 с.

2. Бачина Т.А. Ерзылева А.А., Куликов О.А. Совершенствование управления финансами бюджетных учреждений здравоохранения. / Т. А. Бачина, А. А. Ерзылева, О. А. Куликов // Региональная экономика и управление: электронный научный журнал. - 2018. - №2 (54). [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://eee-region.ru/article/5404/

3. Висоцька І. Б. Проблеми забезпечення стабільності та стійкості фінансової системи України / І. Б. Висоцька // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. серія економічна. - 2012. - Вип. 2. - С. 30-38. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu_e_2012_2_6.

4. Загорський В. С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров’я [текст]: монографія / В. С. Загорський, З. М. Лободіна, Г. С. Лопушняк. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. – 276 с.

5. Керанчук Т.Л. Фінансова стабільність підприємства і методичні аспекти її оцінки / Т. Л. Керанчук. // Економіка України. - 2000. - № 1.- С. 83–87. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://dspace.nuft.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/9992/1/Keranchuk_EKONUKR.pdf

6. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров’я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства від 14.02.2018 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web (дата звернення: 15.02.2018). – Назва з екрана.

7. Олійник Л.В. Стратегічні напрями забезпечення фінансової стабільності підприємства. / Л. В. Олійник. // Фінанси, облік, банки. - 2017. - № 1. - С. 118–124.

References.

1. Akimova, T. V. (2014), “Financial resources of the healthcare system in Russia ”, Ph.D. Thesis, Finance, money circulation and credit, Saratov State Social and Economic University, Saratov, Russia

2. Bachina, T.A. Erzyleva, A.A. and Kulikov O.A. (2018), “Improving financial management of budgetary healthcare institutions”, *Regional'naja jekonomika i upravlenie: jelektronnyj nauchnyj zhurn*, [Online], vol. 2 (54), available at: http://eee-region.ru/article/5404/ (Accessed 16 Aug 2018).

3. Vysots'ka, I. B. (2012), “Problems of ensuring the stability and stability of the financial system of Ukraine”, *Naukovyj visnyk L'vivs'koho derzhavnoho universytetu vnutrishnikh sprav. seriia ekonomichna*, [Online], vol. 2, available at: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu_e_2012_2_6. (Accessed 16 Aug 2018).

4. Zahors'kyj, V. S. (2010), *Upravlinnia finansovymy resursamy zakladiv okhorony zdorov'ia* [Managing the financial resources of health care facilities], LRIDU NADU, Lviv, Ukraine.

5. Keranchuk, T.L. (2000), “Financial stability of the enterprise and methodical aspects of its estimation”, *Ekonomika Ukrainy*, [Online], vol. 1, available at: http://dspace.nuft.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/9992/1/Keranchuk_EKONUKR.pdf (Accessed 16 Aug 2018).

6. Ministry of Health of Ukraine (2018), “Methodical recommendations on the transformation of health care facilities from budgetary institutions into municipal non-profit enterprises”, available at: https://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz_metod_retsomendations_autonomization_2018_ua_final_veb (Accessed 15 Feb 2018).

7. Olijnyk, L.V. (2017), “Strategic directions of ensuring the financial stability of the enterprise”, *Finansy, oblik, banky*, vol. 1, pp.118–124.

Стаття надійшла до редакції 20.08.2018 р.