



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ  
ІМ. ІВАНА БОБЕРСЬКОГО  
*Кафедра фізичної терапії та ерготерапії*

# RENAВ



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.  
ВДОСКОНАЛЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ  
СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Лекція з навчальної дисципліни  
**ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я**

другого (магістерського) рівня вищої освіти  
ступінь вищої освіти – Магістр  
галузь знань – 22 Охорона здоров'я  
спеціальність - 227 Фізична терапія, Ерготерапія  
спеціалізація – 227.1 Фізична терапія та 227.2 Ерготерапія

ЗАТВЕРДЖЕНО  
на засіданні кафедри фізичної терапії  
та ерготерапії  
7 вересня 2020 р. протокол № 1  
В.о. зав.каф \_\_\_\_\_Ціж Л.М.

Розроблено Гула Г.В., ЛДУФК, в рамках проекту RENAВ.  
Дані матеріали є надбанням проекту RENAВ.

©2020, фізична терапія. Усі права захищено.  
При використанні матеріалів посилання на автора та першоджерело обов'язкове.

© 2020, ЛДУФК

«This project has been funded with support from the European Commission. This publication [communication] reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein».

## План лекції:

1. Системи охорони здоров'я.
2. Огляд «класичних» моделей систем охорони здоров'я.
3. Вдосконалення національної системи охорони здоров'я України.
4. Первинна лікувально-профілактична допомога
5. Хід реформування охорони здоров'я в Україні

**Кожен з нас іноді стикається із медичною допомогою,  
але постійно із охороною здоров'я**

*C. Everett Koop*

Здоров'я сьогодні визначається як універсальна цінність, яка стосується усіх — і багатих, і бідних, і молодих, і літніх, людей різних рас. Це невід'ємне право людини, важливість забезпечення якого зростає з кожним роком. Право на охорону здоров'я на міжнародному рівні задекларовано у 1948 р. у статуті ВООЗ. Воно знайшло відображення в документах регіональних організацій, конституції Європейського Союзу (ЄС) та національних конституціях усіх країн. Забезпечення права на здоров'я є пріоритетом у сфері світового розвитку, який, як і запорука благополуччя та добробуту окремої людини і суспільства в цілому, знайшов своє відображення у Цілях розвитку тисячоліття ООН.

Сутність здоров'я стосується філософських, політичних, соціальних та інших аспектів. Філософські аспекти полягають у виборі ціннісних орієнтирів, політичні — в забезпеченні стабільності та безпеки держави, соціальні — у відновленні трудових ресурсів, здатності до суспільно-корисної діяльності, економічні — в підвищенні продуктивності праці, створенні матеріальних благ, що поліпшують добробут населення і якість життя. Психологічна складова визначається перевагами, мотивацією в поведінці зі збереження здоров'я, медична — у формуванні потреби в послугах охорони здоров'я.

**МЕДИЧНА ДОПОМОГА** - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами. Джерело: Зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги (2011)

Об'єкт – хворе населення і групи ризику.

**МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ** - діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою.

**ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я** - система заходів (державних, громадських, медичних та індивідуальних), спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності і соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.

Джерело: Основи законодавства України про охорону здоров'я (1992)

Об'єкт – все населення країни

### Основні функції системи охорони здоров'я (ВООЗ):

- досягнення оптимального рівня громадського здоров'я (головна мета) через державні гарантії забезпечення:
- базових профілактичних заходів,



- рівного та справедливого доступу до якісної медичної допомоги
- раціонального використання обмежених ресурсів (кадрових, матеріальних, фінансових)

## **Правова основа системи охорони здоров'я України:**

### **Законні нормативно-правові акти:**

Конституція України (ст. 49, 50, 46, 48, 92 і ін.)

Основи законодавства України про охорону здоров'я

Кодекси законів України: Про адміністративні правопорушення, Цивільний, Сімейний, Про працю, Кримінальний і ін.

Закони України:

профілактичної спрямованості: Про забезпечення санітарного та протиепідемічного благополуччя; Про захист населення від інфекційних хвороб; Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз, Про курорти тощо.

соціально-економічного захисту: Про загально-обов'язкове державне соціальне страхування; Про державну допомогу сім'ям з дітьми і ін.

організаційної спрямованості: Про страхування; Про ліцензування окремих видів діяльності; Про відпустки і ін.

### **Підзаконні нормативно-правові акти:**

Укази Президента

Постанови Кабінету Міністрів, Верховної Ради

Накази МОЗ

Накази Управлінь охорони здоров'я облдержадміністрацій

Накази головних лікарів міст, районів

Інструкції, вказівки, розпорядження, програми, плани

### **Нормативні договори:**

Колективні договори

Договори медичного страхування, оренди, підряду тощо

### **Міжнародні правові акти:**

Документи, програми ВООЗ та інших міжнародних організацій, ратифіковані органами державної влади України

## **Основні принципи охорони здоров'я України:**

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в сфері охорони здоров'я;
- випереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;
- багатоканальність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва та

конкуренції;

- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

*Джерело: Основи законодавства України про охорону здоров'я (1992)*

**Охорона здоров'я** — галузь діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення. Охорона здоров'я – це ключовий елемент національної безпеки держави.

Форми організації системи охорони здоров'я

- ❑ Бевериджівська концепція

Пріоритетне значення у фінансуванні охорони здоров'я мають кошти державного та місцевих бюджетів (50–90%). Застосовується у Великій Британії, Ірландії, Данії, Португалії, Італії, Іспанії, Греції.

- ❑ Бюджетно-страхова (бісмарківська) концепція

Фінансування охорони здоров'я відбувається переважно за рахунок коштів страхових фондів, створених державою за принципами соціального страхування (обов'язковість та солідарність).

- ❑ Приватна система (приватно-страхова, ринкова, платна, американська модель)

В основі має фінансування медичних послуг за рахунок коштів громадян та суб'єктів господарювання безпосередньо або через систему приватних страхових фондів.

- ❑ Муніципальна система

Система охорони здоров'я — це сукупність усіх організацій, інституцій і ресурсів, головною метою яких є зміцнення, підтримка чи відновлення здоров'я. Модель системи охорони здоров'я визначається цілями, принципами та співвідношеннями елементів системи, а також суспільним устроєм, політичним і соціально-економічним становищем, традиціями, культурою, історією, релігією, іншими чинниками та системою спеціальних компенсаторів, характерною для кожної окремої країни.

До функцій охорони здоров'я відноситься спрямовуюче керівництво, формування ресурсів, фінансування та надання послуг. До цілей охорони здоров'я відносяться збереження та зміцнення здоров'я, чутливість (відповідь на очікування населення немедичного характеру), справедливий фінансовий внесок.

Визначено комплекс основних характеристик систем охорони здоров'я, який включає значущість, фінансовоємність, складність і консерватизм.

**Значущість** охорони здоров'я важко перебільшити. Усім відомо, що здоров'я та охорона здоров'я стосуються усіх і кожного. Попит на послуги з охорони здоров'я є високим і постійним протягом усього життя. Немає жодної сфери, від якої людина була б так залежна, як від сфери охорони здоров'я. Провідна роль охорони здоров'я — це забезпечення потреб у медичних послугах, зниження впливу на нього ризиків і зменшення фінансових витрат. Згідно зі статистичними даними в Європі кожна людина щорічно 5–10 разів звертається до лікарів, кожен 5-й житель лікується у стаціонарі, кожен 4–9-й житель користується послугами швидкої допомоги. Тобто від здоров'я населення залежить політичний стан і соціальний настрій у будь-якій державі.

**Фінансовоємність.** Неможливо знайти у світі жодну галузь, вартість якої перевищувала б вартість охорони здоров'я. Це 10–15% ВВП в економічно розвинених країнах (у США — до 20%), 3–5–7 тис. дол. США в розрахунку на мешканця на рік, і ці витрати постійно зростають. Великі обсяги послуг зумовлені високою частотою звернень, обов'язковістю і невідкладністю їх надання, реалізацією профілактичних програм, високою вартістю технологій, обладнання, ліків, необхідністю витрат на постійне оновлення і вдосконалення технологій, обладнання тощо, невідповідністю темпам росту ВВП.

**Складність** системи зумовлено композиційними та динамічними аспектами. Композиційна

складність пов'язана з наявністю багатьох складових, а саме: будівель, споруд, обладнання, інструментарію, транспорту, комунікацій. На відміну від інших галузей, у галузі охорони здоров'я найголовніше — технології та обладнання, що на сьогодні дуже високовартісне. Тому обсяги фінансування охорони здоров'я перевищують фінансування будь-якої іншої галузі. Наприклад, фінансування оборони США становить лише 5–6% ВВП, в той час, як на охорону здоров'я витрачається 16–17%. Динамічна складність викликана великою кількістю існуючих і потенційно можливих зв'язків між рівнями, частинами, складовими, а також багатокомпонентністю взаємозв'язків на усіх рівнях медичної допомоги.

**Консерватизм** зумовлений значущістю і відповідальністю за збереження здоров'я, складністю і специфічністю, у тому числі ієрархічною багатокомпонентністю, безліччю взаємозв'язків, великою чисельністю працівників, потенційним професійним авторитетом і затребуваністю серед пацієнтів та суспільства, їх опором нововведенням, який спричинений небажанням можливої втрати важелів впливу, роботи, зменшення доходів, необхідністю освоєння нових професій, набуття нових знань тощо. Також на формування консерватизму впливає опір реформам з боку населення внаслідок обмеження його інтересів, скорочення програми обслуговування та ін. Чим більша система, тим вона консервативніша. І тому реформи слід проводити тільки під прицілом захисту інтересів пацієнта.

Усі системи охорони здоров'я за типологією можна умовно розділити на 3 групи:

1. **З переважно державним фінансуванням.** Вони функціонують у країнах СНД, скандинавських країнах, Великій Британії. Вони ефективно працюють за умови достатності коштів у державі.
2. **На засадах страхової медицини.** У таких системах відбувається адресний збір коштів, формування фондів і надання гарантованих послуг через страхові поліси. Модель страхової медицини працює в різних фінансових умовах, існує в більшості країн, охоплює приблизно 70–90% населення. При цьому люди несуть відповідальність за своє здоров'я і вибирають той чи інший медичний заклад.
3. **Переважно приватна система охорони здоров'я.** Ефективно працює лише для заможних груп населення. Характерний приклад — США, де медична допомога доступна для заможних прошарків населення, значна частина мешканців не має медичної страховки, у зв'язку з чим існує багато проблем. Для цього керівництвом держави зараз пропонується запровадити базову медичну страховку, але поки що не вдається це зробити. Основними напрямками реформування медичної сфери країни є збільшення охоплення населення медичним страхуванням, підвищення доступності медичної допомоги.

### **Глобальні проблеми охорони здоров'я у III тисячолітті**

Кінець XX ст. відзначився зміною парадигми здоров'я, епідеміологічним переходом від інфекційного до переважно неінфекційного типу патології, збільшенням тягаря хвороб і потреб у послугах охорони здоров'я колективного та індивідуального характеру. Ера дешевої медичної допомоги закінчилася. У 70-ті роки XX ст. УРСР входила в п'ятірку кращих за показниками здоров'я в Європі. На той час витрати на охорону здоров'я у порівняльних цінах становили 135 дол. США на мешканця, тоді як у самих США ці витрати становили 160 дол. на мешканця.

До основних досягнень у сфері охорони здоров'я у III тисячолітті можна віднести збільшення середньої тривалості життя, подолання багатьох інфекційних хвороб, розвиток профілактичних технологій, появу генної медицини, створення нових поколінь ліків, збільшення ВВП на охорону здоров'я, розвиток сучасних медичних технологій, високий професіоналізм медичного персоналу, підвищення рівня життя в цілому.

Але разом з цим у суспільстві формуються і нові виклики: різке постаріння населення, епідемія хронічних неінфекційних захворювань, збільшення поширеності чинників ризику, підвищення агресивності чинників навколишнього середовища, розвиток резистентності мікроорганізмів, проблеми фінансування в умовах обмежених ресурсів, швидка поширеність хвороб через високу мобільність населення, підвищення вимог до доступності та якості медичної допомоги,

зростання вартості послуг, що формують здоров'я.

Середня очікувана тривалість життя (СОТЖ) за останні 100 років суттєво зросла. Так, у 1900 р. вона становила в середньому 35 років, у 2000 — 65,4, у 2010 — 67,7, у 2050 — планується 75 років. Але в окремих країнах вже зараз СОТЖ досягла 82 років. У світі відзначається значне зростання кількості населення віком понад 65 років. У 1990 р. їх частка становила 6,7%, а зараз — 17% у країнах ЄС. Тобто має місце суттєве постаріння населення, яке змушує витратити більше коштів на охорону здоров'я, оскільки кількість звернень за медичною допомогою збільшується в декілька разів.

Також надзвичайно актуальною є проблема нерівності у доступі до медичного обслуговування. Сучасний світ переживає справжню епідемію хронічних неінфекційних захворювань, пов'язану з нездоровим способом життя, незбалансованим харчуванням, низькою фізичною активністю тощо.

Смертність від захворювань 7 груп — серцево-судинних, онкологічних, хронічних респіраторних, цукрового діабету, ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та малярії — становить 60% у загальній структурі смертності. Провідні чинники ризику глобального тягаря хвороб у Європейському регіоні ВООЗ: високий артеріальний тиск (12,8%), тютюнокуріння (12,3%), зловживання алкоголем (10,1%), підвищений рівень холестерину (8,7%), надмірна маса тіла (7,8%) недостатнє споживання овочів і фруктів (4,4%), малорухомий спосіб життя (3,5%). На сьогодні в Європі 55 млн населення страждають ожирінням.

## СИТУАЦІЯ В УКРАЇНІ

**Третина смертей українців - передчасна, у віці до 65 років.**

**Приблизно половину смертей у віці до 75 років в Україні можна було попередити за допомогою профілактики та лікування**

:

- 94% смертей, викликаних головними факторами ризику - курінням, зловживанням алкоголем та ризиками безпечного дорожнього руху, які разом в 2004 році стали причиною 17% смертності можна було попередити за допомогою належної профілактики
- 25% передчасних смертей в Україні можна було попередити за допомогою ефективного лікування
- 80% смертей серед чоловіків працездатного віку та 30% смертей серед жінок працездатного віку можна було попередити шляхом належного лікування на рівні первинної медико-санітарної допомоги

Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи. — К.: ВЕР СО-04 - 2009. - 72 с. (Світовий Банк)

Системи охорони здоров'я стикаються сьогодні з такими проблемами, як збільшення чисельності населення і зростання потреби у медичній допомозі, подовження середньої очікуваної тривалості життя, яке призводить до збільшення поширеності хронічної патології. З іншого боку, збільшення ВВП на душу населення зумовлює зростання вимог до якості медичної допомоги, впровадження нових медичних технологій, що, в кінцевому рахунку, призводить до збільшення вартості послуг. Все вищенаведене пояснює зростання витрат на охорону здоров'я на одного мешканця та збільшення потреби у фінансових ресурсах в умовах їх обмеженої кількості.

### Економічні проблеми

Висока вартість послуг охорони здоров'я, неможливість прогнозування часу виникнення потреби в них та їх відстрочки, необхідність оплати в момент отримання послуги, що може призвести до відмови від послуги, становить загрозу зубожіння населення, зумовлює

необхідність фінансового захисту та розподілу ризиків.

У світі щорічно 150 млн людей несуть катастрофічні фінансові витрати, пов'язані з охороною здоров'я, 100 млн осіб опиняються за межею бідності. Дуже великою є проблема прямих платежів в охороні здоров'я. У 33 країнах світу з найбільш низькими доходами рівень прямих платежів становить до 50%. У країнах Європейського регіону ВООЗ прямі платежі становлять в середньому 29% загальних витрат на охорону здоров'я. Вважається, що ймовірність фінансової катастрофи і зубожіння зменшуються до незначного рівня при частці прямих платежів 15–20%. Основною проблемою усіх систем охорони здоров'я є суттєве випередження зростання витрат на охорону здоров'я порівняно з темпами зростання ВВП. ВООЗ вважає, що 20–40% фінансових ресурсів охорони здоров'я у світі витрачаються неефективно.

Проведений нами аналіз дозволяє сформулювати сучасну формулу фінансування охорони здоров'я, яка передбачає покриття не менше 70% витрат за рахунок коштів громадських фондів, менше 5% — за рахунок приватного медичного страхування, не більше 15–20% — за рахунок прямих платежів.

### **Екологічні загрози**

Наслідки інтенсивного використання екологічних систем, а саме: значне забруднення довкілля, деградація, прояви зміни клімату, негативно впливають на здоров'я, що, у свою чергу, призводить до зростання екологічно залежної патології, значних медичних та соціально-економічних збитків для суспільства.

### **Кадрові проблеми**

Сьогодні у світі у сфері охорони здоров'я працюють 60 млн фахівців, у тому числі 8,7 млн лікарів, 16,7 млн сестринського та акушерського персоналу, 1,2 млн стоматологічного і 2,1 млн фармацевтичного персоналу тощо.

Дефіцит медичних кадрів досягнув 4,3 млн фахівців, у тому числі 2,4 млн лікарів.

Відзначається нерівномірність розподілу за регіонами: Американський регіон ВООЗ — 24,8 на 1000 населення, Європейський — 18,9, Південно-Східна Азія — 4,3, Африканський — 2,3. Високим є рівень міграції медичних кадрів. Щорічна міграція лікарів у країнах Європейського регіону — 5%; у країнах Організації економічного співробітництва і розвитку — 20%, у країнах Персидської затоки — 50%. Все це зумовлює низьку доступність медичної допомоги. 1,3 млрд осіб у світі не мають доступу до найпростіших медичних послуг, частка пологів, прийнятих кваліфікованими медичними працівниками, варіює від 10% до 100% в різних країнах.

### **Первинна допомога і профілактика**

Головним принципом надання медичної допомоги є пріоритет первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), адже 75% людей звертаються саме в первинну ланку. ПМСД — невід'ємна частина національної системи охорони здоров'я, яка здійснює її головну функцію (Алма-Атинська декларація з ПМСД). За висловом Маргарет Чен: «Розвиток ПМСД — ключовий елемент для досягнення прийняттого рівня здоров'я для всіх людей у цьому світі».

До профілактики як до найбільш ефективного способу збереження здоров'я ставлення все ще недостатньо серйозне. В Україні на профілактику виділяється лише 2% витрат на медико-санітарну допомогу. Водночас відомо, що у профілактиці закладено великий оздоровчий потенціал. Профілактика на рівні всього населення є найбільш стійкою стратегією в довгостроковій перспективі, є засобом вирішення проблем, пов'язаних із цілою низкою соціально значущих та соціально небезпечних хвороб та з їх загальними чинниками ризику.

### **Проблема доступності**

Стратегічними цілями функціонування усіх систем охорони здоров'я є доступність і якість медичних послуг. Проте значна частина населення стикається з проблемами доступу до служб охорони здоров'я. Відомо, що жінки з найбільш бідних 20% населення у 20 разів рідше отримують

допомогу кваліфікованого медичного працівника при пологах, ніж із заможних. Частка пологів, прийнятих кваліфікованим медичним персоналом у країнах, що розвиваються, становить лише 65%. Частка жінок, які отримали хоча б одну кваліфіковану консультацію впродовж вагітності в країнах, що розвиваються, становить 80%. 11% людей у світі зазнають серйозних фінансових перешкод у доступі до медичного обслуговування, 5% — зазнають злиднів через оплату медичного обслуговування. Витрати на транспорт становлять 10% витрат громадян на медичне обслуговування.

### Проблеми якості

В охороні здоров'я важливу роль відіграє якість надання послуг. На якість медичної допомоги впливають адекватність, доступність, наступність і безперервність, дієвість, результативність, безпека, своєчасність, задоволеність потреби та очікувань, стабільність процесу та результату, постійне вдосконалення та поліпшення. У різних системах охорони здоров'я і у різних країнах контролю якості надання медичної допомоги приділяється багато уваги. Проте мають місце і проблеми низької якості послуг та помилки у наданні медичної допомоги. Так, через недостатню якість і помилки у США щорічно гине 44–98 тис. пацієнтів, у Європі в арбітражні суди щороку подається 10 тис. скарг, 52% з яких становлять скарги на лікарські помилки, щорічно страждають 15 млн осіб. У країнах ЄС кожен 10-й випадок лікування наносить шкоду пацієнтам. Для більшості країн поліпшення якості медичного обслуговування є одним з основних завдань у процесі вдосконалення систем охорони здоров'я.

На межі XXI ст. світовому співтовариству вдалося досягти значних успіхів в охороні здоров'я населення.

Однак в умовах глобалізації, технологізації, маркетизації системи охорони здоров'я стикаються із численними проблемами і викликами, що ускладнюють досягнення поставлених перед ними цілей. Перш за все вони викликані серйозними демографічними зрушеннями, зміною парадигми здоров'я, епідеміологічним переходом від інфекційного до переважно неінфекційного типу патології, збільшенням тягаря хвороб і потреб у послугах охорони здоров'я. Суттєвою перешкодою на шляху поліпшення здоров'я і благополуччя є також екологічні проблеми, кліматичні зміни, соціально-політичні конфлікти, урбанізаційні, міграційні процеси, економічна криза та ін.

Одночасно зі зростанням запитів населення щодо обсягів медичного обслуговування зростають вимоги до його якості та безпеки. Системи охорони здоров'я стикаються з дефіцитом фінансових ресурсів, кадровими та іншими проблемами, що вимагає перегляду політики, пошуку нових стратегій розвитку, вдосконалення її структури і функціонування.

Кожна країна прагне до побудови найкращої та найбільш справедливої системи охорони здоров'я.

Новий погляд на охорону здоров'я, мінливий характер проблем, синергічні глобальні зв'язки між ними, взаємозалежність більшості їхніх рішень вимагають врахування інтересів здоров'я в усіх стратегіях і напрямках політики, міжсекторальної взаємодії, системних підходів і узгоджених колективних заходів у відповідь на всіх рівнях управління.

### Міжнародна спільнота сьогодні розглядає здоров'я як першорядний чинник розвитку людства.

У Талліннській декларації Європейської міністерської конференції Всесвітньої організації охорони здоров'я «Системи охорони здоров'я для здоров'я та добробуту» (WHO, 2008) зазначено, що «...поліпшення здоров'я не лише являє собою величезну самостійну цінність, але й, завдяки своєму впливу на економічний розвиток, конкурентоздатність та продуктивність праці, сприяє зростанню соціального благополуччя. Високоєфективні системи охорони здоров'я сприяють економічному зростанню та підвищенню добробуту».

Організація Об'єднаних Націй у своєму документі «Перетворення нашого світу: Порядок денний в галузі сталого розвитку на період до 2030 року» (General Assembly, 2015) надає



вирішенню проблеми забезпечення здоров'я та благополуччя ключову роль серед інших цілей сталого розвитку, підкреслюючи, що загальне охоплення послугами охорони здоров'я може сприяти скороченню масштабів бідності, захищаючи людей від однієї з найсерйозніших загроз їх фінансового благополуччя, а позитивні показники здоров'я можуть стимулювати зайнятість та економічне зростання. Крім того, надійні системи охорони здоров'я здатні служити заслоном від соціальних та економічних наслідків спалахів захворювань та інших надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я.

**В Україні стан здоров'я населення на сучасному етапі розвитку оцінюється як незадовільний.** Очікувана тривалість життя при народженні у 2017 р., за даними Державної служби статистики України, становила 72 роки — більше ніж на 9 років менше порівняно з країнами Європейського Союзу і країнами Організації економічного співробітництва і розвитку (ОЕСР) (ОЕСД, 2017; WHO, 2018). Додаткове напруження в демографічній ситуації України створює масовий відтік передусім працездатного населення за межі країни. Система охорони здоров'я України істотно недофінансована: рівень витрат за паритетом купівельної спроможності (ПКС) на одного мешканця в 2015 р. був у 8,5 раза меншим, ніж у середньому в країнах ОЕСР (469,4 та 4003 дол. США відповідно) і майже вдвічі меншим порівняно з країнами, що розвиваються (800 дол. США за ПКС) (worldbank, 2015; OECD, 2017). При цьому, за даними Державної служби статистики України (2018), частка приватних витрат домогосподарств на охорону здоров'я прогресивно зростає — з 38,6% у 2003 р. до 52,8% у 2016 р., що в 2,5 раза більше порівняно з країнами ОЕСР — 35 в 2016 р. (ОЕСД, 2017), і створює серйозні бар'єри в доступі населення до медичного обслуговування. Рівень задоволеності пацієнтів послугами охорони здоров'я в Україні низький. Лише 10% громадян оцінюють якість охорони здоров'я в Україні позитивно, більшість (85%) — як погану чи дуже погану.

**Головна мета сучасних систем охорони здоров'я** — збереження, зміцнення та відновлення здоров'я громадян. Це забезпечується раціональним об'єднанням зусиль пацієнтів, медичного персоналу, установ і організацій, місцевої та центральної влади і ефективним використанням ресурсів, які визначаються бюджетом та іншими джерелами для їх діяльності щодо задоволення потреб громадян у підтриманні їх здоров'я.

**Суть охорони здоров'я полягає в її орієнтації на пацієнта**, своєчасності, безпеці та справедливості, ефективності й раціональності (Leavitt M., 2001). До її основних завдань віднесено покращання стану здоров'я громадян на основі забезпечення справедливості та фінансовий захист населення шляхом прозорого фінансування і оперативного реагування на його потреби.

Основною постаттю системи охорони здоров'я є пацієнт. Усі заходи щодо реформування та проведення змін інфраструктури мають задовольняти його права та інтереси. Їх суть полягає у створенні умов фінансово-економічної та фізичної доступності для громадян медичної допомоги необхідної якості. Це досягається на основі раціонального використання державними та місцевими органами влади податків, сплачених населенням, для виконання цих завдань

*Національна система охорони здоров'я України та її безперервне вдосконалення ґрунтуються на визнанні українським суспільством таких основних цінностей:*

- *людиноцентричність, що має бути відображено у встановленні індикаторів прогресу, пов'язаних зі здоров'ям людини, доступністю для людини необхідних послуг з охорони здоров'я;*
- *духовність, що має бути відображено у державному пріоритеті дотримання права на життя і здоров'я, який не може бути заперечений, упереджений чи підмінений іншими, передусім матеріальними, цінностями в діяльності системи охорони здоров'я та інших галузей економіки;*
- *національна безпека, що має бути відображено у визначенні та постійній актуалізації*



*медико-біологічних, екологічних і техногенних ризиків, у тому числі пов'язаних з воєнною загрозою для України, забезпеченні здатності та високої готовності їх подолання.*

**Засадничі концепти побудови системи охорони здоров'я визначено в ст. 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».** Закріплений у Законі тип системи охорони здоров'я ґрунтується на принципах англійської моделі, яка поступово втілюється як у законотворчу, так і в медичну практики, і проявляється у формах сімейної і приватної медицини, страхуванні, багатоджерельному фінансуванні, високих соціальних стандартах. **Управління системою охорони здоров'я здійснюють** Міністерство охорони здоров'я України та інші центральні органи виконавчої влади, яким підпорядковані відомчі заклади охорони здоров'я, місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування, Академія медичних наук України. Крім органів держави, які безпосередньо пов'язані з цариною охорони здоров'я, ця система функціонує і завдяки контрольно-управлінським функціям інших державних інституцій, а саме Президента України (зокрема, крізь призму діяльності Адміністрації Президента України, Ради національної безпеки і оборони України), Верховної Ради України (зокрема, Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я), Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, Кабінету Міністрів України (зокрема, через діяльність профільних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади), Генеральної прокуратури України та її органів на місцях, а також органів судової системи України.

#### **Галузі охорони здоров'я:**

- Лікувально-профілактична
- Медико-профілактична
- Фармацевтична
- Медико-біологічна
- Медицина катастроф

#### **Система охорони здоров'я України:**

- Державні керівні органи охорони здоров'я
- Заклади охорони здоров'я різних форм власності

До структури МОЗ входять 9 директоратів, 4 департаменти, 3 управління, 3 відділи, 4 сектори та патронатна служба <https://moz.gov.ua/struktura>

**До суб'єктів, які наділені консультативно-дорадчими повноваженнями у сфері охорони здоров'я, належать:**

1. Громадська гуманітарна рада при Президентові України;
2. Дорадча рада при Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я;
3. Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при Кабінеті Міністрів України;
4. Національна координаційна рада боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України;
5. Міжвідомча координаційна рада при МОЗ України з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я;
6. Громадська рада при МОЗ України (постійно діючий центральний громадський колегіальний консультативно-дорадчий і наглядово-експертний орган);
7. Громадська рада при МОЗ України з питань співпраці з Всеукраїнською Радою Церков і релігійних організацій (постійно діючий дорадчо-консультативний орган);
8. Рада молодих вчених при МОЗ України (постійно діючий дорадчий орган);
9. Колегія МОЗ України (постійний консультативно-дорадчий орган);

10. Вчена медична рада МОЗ України (постійно діючий консультативний орган, що розглядає питання розвитку медичної науки в Україні);
11. Координаційна рада з управління якістю медичної допомоги МОЗ України (постійно діючий консультативно-дорадчий орган);
12. Координаційна рада з управління якістю медичної допомоги МОЗ АРК управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я областей, Київської і Севастопольської міських державних адміністрацій;
13. Координаційна рада з управління якістю медичної допомоги управлінь (відділів) охорони здоров'я міських, районних органів місцевого самоврядування;
14. Клініко-експертні комісії МОЗ України (постійно діючий орган, що виконує координаційну, консультативну та дорадчу функції з питань організації роботи, клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги);
15. Клініко-експертні комісії МОЗ АРК, управлінь охорони здоров'я, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій (постійно діючий орган для колегіального розгляду клініко-експертних питань діагностики, лікування та реабілітації, скарг громадян та інших осіб, яким надавалась на відповідній адміністративній території України медична допомога, питань якості медичної допомоги, а також звернень підприємств, організацій, установ, фондів соціального страхування, судових органів, прокуратури з цих питань за дорученням керівника органу охорону здоров'я);
16. Клініко-експертні комісії управлінь (відділів) охорони здоров'я міських, районних органів місцевого самоврядування;
17. Медична рада закладу охорони здоров'я (постійно діючий консультативно-дорадчий орган);
18. Рада для здійснення координації заходів, пов'язаних із забезпеченням консультацій з громадськістю з питань формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

До останніх років в Україні функціонувала система первинної медико-санітарної допомоги, що існувала за часів СРСР та ґрунтувалася на моделі Семашко. Безпосередньо охорону здоров'я забезпечують санітарно-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я. Спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, компетенція якого визначається положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України. Функції спеціально уповноважених органів державної виконавчої влади в адміністративно-територіальних одиницях України покладаються на відділ охорони здоров'я Ради Міністрів Республіки Крим та органи місцевої державної адміністрації. Існування такої системи охорони здоров'я, яка була ще за СРСР, за ринкових умов проблематичне, оскільки вона потребує великих асигнувань. Структура медичних послуг за цією системою грубо деформована - на первинному рівні починається і закінчується лікування менше третини усіх випадків і домінує спеціалізована та стаціонарна медична допомога.

**ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я** - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основним завданням яких є забезпечення медичного обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.

*Джерело: Зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги (2011)*

**Принцип доступності лікувально-профілактичної допомоги реалізується згідно ст. 49 Конституції України, відповідно до якої "кожний має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного та доступного для**

всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності".

Основою національної системи охорони здоров'я є **первинна лікувально-профілактична допомога**, яка надається переважно за територіальною ознакою лікарями загальної практики. Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є найефективнішим засобом досягнення справедливого розподілу і раціонального використання коштів, підвищення результативності роботи галузі охорони здоров'я.

У більшості країн світу первинна медико-санітарна допомога при ефективній її організації забезпечує до 90 % загального обсягу медичної допомоги. Кількість лікарів загальної практики - сімейної медицини становить 30-50 % кількості всіх лікарів, що працюють у галузі охорони здоров'я.

- **Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД, Primary health care) – це перший рівень в контакт між окремими людьми, сім'єю, громадою та національною системою охорони здоров'я, що максимально наближає медичну допомогу до місця проживання та роботи і створює перший елемент безперервного процесу охорони здоров'я (Алма-Ата, ВООЗ, 1978).**
- **Первинна лікувально-профілактична допомога (Primary medical care) – основна частина медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, просту діагностику та лікування основних найбільш поширених захворювань, травм і отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги (Основи законодавства України про охорону здоров'я, 1992).**
- **Загальна медицина (General medicine) – це довгострокове медичне обслуговування здорових та хворих людей, незалежно від віку та статі, при якому особлива увага надається всебічному вивченню особистості, її сімейного і соціального оточення (Німецьке об'єднання загальної медицини DEGAM).**
- **Загальна лікарська практика (General practice) – це галузь медичного обслуговування, де хворий вперше ступає в контакт з лікарем та має можливість звернутися безпосередньо до лікаря для вирішення своїх медичних проблем. Метою загальної практики є надання постійної та всебічної медичної допомоги окремим особам, сім'ям, суспільству в цілому.**
- **Лікар загальної практики (ЛЗП, лікар загальної медицини, General practitioner - GP, Physician) – це ліцензований випускник медичного вищого навчального закладу, який забезпечує індивідуальну первинну і безперервну медичну допомогу окремим особам, сім'ям і населенню, незалежно від віку, статі або виду захворювання. (Друга Європейська конференція із вивчення загальної практики, Лейверхост, Голландія, 1974). Його спеціальність не передбачає виключно посімейного обслуговування. ЛЗП - це дільничний терапевт, дільничний педіатр, сімейний лікар, цеховий лікар тощо.**
- **Сімейний лікар (домашній лікар, Family physician) – фахівець, діяльність якого жорстко орієнтована на посімейне обслуговування.**

**Спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога** подається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики. Спеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих лікарняних відділеннях міських, центральних районних і частково в обласних лікарнях.

**Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога** подається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та

лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко трапляються. Високоспеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих республіканських лікарнях, республіканських диспансерах, спеціалізованих санаторіях, клініках при науково-дослідних інститутах, підпорядкованих Академії медичних наук України та МЗ України, клінічних закладах охорони здоров'я (міські, обласні лікарні), на базі яких працюють відповідні кафедри медичних академій, інститутів та університетів, Інститутів удосконалення лікарів.

Реальні реформи системи охорони здоров'я в Україні розпочалися з великим запізненням порівняно з іншими пострадянськими країнами — майже через два десятиліття після проголошення незалежності.

За оцінками національних експертів (Лехан В.М. та співавт., 2018), реформи, які проводяться в Україні впродовж останніх 10 років, характеризуються недостатньою системністю та наступністю і носять фрагментарний характер, що значною мірою пов'язано з політичним контекстом; відсутністю стратегічного планування з науково виваженим довгостроковим загальним вектором дій щодо розвитку, який враховує існуючі та потенційні ризики при здійсненні перетворень; наявністю істотних прогалин у нормативно-правовому забезпеченні реформ тощо.

Все вищенаведене зумовило необхідність розроблення концепції вдосконалення системи охорони здоров'я України з подальшим опрацюванням стратегії її розвитку.

### **Хід реформування охорони здоров'я в Україні з 2015 року**

У 2015 р. український уряд ініціював трансформаційну реформу системи охорони здоров'я з метою поліпшення стану здоров'я населення та забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат «із власної кишені» шляхом підвищення ефективності, модернізації застарілої системи надання послуг та покращення доступу до якісного медичного обслуговування.

<https://www.umj.com.ua/article/170478/zvit-vooz-ta-svitovogo-banku-shhodo-efektivnosti-transformatsiyi-ohoroni-zdorov-ya>

30 листопада 2016 — КМУ від схвалив Концепцію реформи охорони здоров'я. МОЗ було доручено розробити план заходів щодо її реалізації.

19 жовтня 2017 — ВРУ прийняла медреформу, його підтримало 240 депутатів.

1 січня 2018 — початок дії законопроекту. Держава повинна оплачувати медичні послуги за програмою медичних гарантій установам з 1 серпня 2018 року.

2 липня 2018 — В Україні почав діяти оновлений перелік послуг первинної медичної допомоги. Пропонується створення біля 100 госпітальних округів до 2018 року.

1 січня 2020 — запроваджується реімбурсація ціни ліків з державного гарантованого пакету.

**Трансформація охорони здоров'я** — це не перехід в один крок від системи Семашка до європейських стандартів медичної допомоги. Це поетапний план складних змін, закріплений в Законі України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”. Зміни, передбачені цим Законом, розпочали втілювати більше 2 років тому.

Згідно з цим планом:

У 2018 році розпочалася трансформація первинної медичної допомоги — закладів, де працюють терапевти, сімейні лікарі та педіатри. У багатьох розвинених країнах світу первинна меддопомога, а саме сімейні лікарі, вирішує більшість звернень пацієнтів.

До прикладу, в Британії з близько 90% усіх звернень пацієнтів допомагають сімейні лікарі. Це ефективно, бо допомагає запобігати багатьом хворобам до того, як вони потребуватимуть складного, дорогого і не завжди успішного лікування.

У 2019 році триватиме підготовка до трансформації спеціалізованої допомоги: поліклінік та стаціонарів.

З 1 січня 2020 року нові механізми фінансування запрацюють на всіх рівнях медичної

допомоги — від первинної до стаціонарної.

**Вдосконалення національної системи охорони здоров'я України повинно слідувати таким принципам:**

- **системного комплексного розвитку та інтегрованості**, який слід розуміти як узгодженість змін всіх елементів галузі охорони здоров'я, максимальну інтеграцію їх діяльності, а також координацію змін в інших секторах економіки в інтересах життя і здоров'я людини;
- **демонополізації та децентралізації**, який слід розуміти як відсутність домінування і монополії будь-яких елементів системи над іншими елементами, за винятком питань національної безпеки;
- **доказовості й безпеки**, який слід розуміти як використання при виборі варіантів досягнення цілей та розв'язання тих чи інших проблем із проміж різних варіантів таких, які спираються на наукові докази, у тому числі щодо безпеки застосування;
- **соціальної справедливості**, що означає зміцнення і охорону здоров'я людей без обмежень з будь-яких ознак або індивідуальних характеристик та забезпечення універсального доступу до якісної медичної допомоги представників всіх соціально-економічних груп;
- **паритету відповідальності**, який слід розуміти як виважений баланс відповідальності людини, роботодавця і держави за індивідуальне здоров'я;
- **доступності**, який слід розуміти як надання переваги змінам, які передбачають досягнення універсального доступу громадян до необхідних послуг з охорони здоров'я;
- **вищої якості, результативності та ефективності**, який слід розуміти, як надання переваги втручанням, що забезпечують найвищу якість і результативність при мінімальних витратах;
- **інноваційності**, який слід розуміти як обов'язковість спрямування частини ресурсів на розроблення/виявлення, пілотування, аналіз і мультиплікацію інноваційного досвіду і технологій;
- **превентивності**, який слід розуміти як надання виваженої переваги втручанням, що запобігають захворюванню чи шкоді здоров'ю над втручаннями, спрямованими на боротьбу із захворюваннями;
- **публічності**, який слід розуміти як залучення усіх заінтересованих сторін до участі у виробленні та реалізації політики охорони здоров'я, у тому числі профспілок, організацій роботодавців, пацієнтських організацій і організацій професійного самоврядування в охороні здоров'я.

**За останні роки вдалося досягти значних результатів:**

Кожен українець вперше отримав можливість вільно обирати сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів. У державних або приватних медзакладах. 27,4 мільйони людей скористалися цією можливістю і долучилися до змін. 70% задоволені спеціалістом, якого обрали.

99% комунальних закладів первинної допомоги перейшли на фінансування за принципом "гроші йдуть за пацієнтом". Тепер вони отримують кошти за послуги, які надають пацієнтам. Не за розмір приміщення, кількість ліжок або ж медперсоналу. Дохід залежить від обсягу роботи. Для багатьох лікарів, медсестер та медбрів первинки це відображається в зарплаті у понад 10, 15 і 20 тисяч гривень.

Запрацювала НСЗУ Національна служба здоров'я України — нова інституція, яка є єдиним платником в новій системі охорони здоров'я. Замість складного та непрозорого процесу перерахування коштів з державних до місцевих бюджетів через механізм субвенції, НСЗУ укладає з медзакладами прямі прозорі договори. Всі дані щодо оплат всім медичним закладам публікуються онлайн на сайті НСЗУ: <http://nszu.gov.ua/ukladieni-dogovori/statistics> Тобто кожен, в будь-який момент, може подивитися зокрема скільки лікарі медзакладу мають договорів з пацієнтами та скільки коштів платників податків він отримував кожного місяця.

Вперше в історії українці мають можливість отримувати медичну допомогу в приватних закладах за бюджетні кошти. Кожен п'ятий заклад первинної допомоги у реформі — приватний.

Медичні заклади тепер можуть гнучко визначати заробітну плату для своїх працівників. Принципи нарахування зарплат закріплюються в колективних договорах. В ефективних закладах первинної допомоги, які долучилися до трансформації, зарплати медичних працівників зросли в 2-4 рази.

Запрацювала електронна система охорони здоров'я — через неї пацієнти укладають декларації з лікарями, а лікарні підписують договори з Національною службою здоров'я.

Рівень комп'ютеризації закладів первинної ланки зріс з 3% до 97%. У найвіддаленіших селах лікарі укладають декларації з пацієнтами, користуючись комп'ютерами. І в них добре виходить.

Тут можна почитати більше про те, що вже зроблено в eHealth: <http://bit.ly/2vijLc5>

Все більше медзакладів пропонують записатися до лікаря онлайн, а не чекати невизначений час у черзі.

З 1 березня 2019 року в тестовому режимі запрацювала електронна медична картка:

<https://bit.ly/2URWYD6>

З 1 квітня запрацював електронний рецепт на програму "Доступні ліки" й наразі вже виписано понад 850 тис. е-рецептів: <https://bit.ly/2UaZro2>

Окрім е-рецептів, в 2019 році планується запуск електронних направлень до спеціалістів та е-лікарняних.

У національній мережі надання допомоги пацієнтам з гострим інфарктом працює вже 41 кардіоцентр. Завдяки урядовій ініціативі вони продовжують відкриватися по всій країні: <http://moz.gov.ua/kardiocentri>.

Працює урядова програма "Доступні ліки", яка поліпшила доступ українців до лікування: <https://bit.ly/2IAy2ZH>.

Трансформація розпочалася і на рівні медичної освіти:

<http://bit.ly/2VYWHuT>, <http://moz.gov.ua/edki>, <http://bit.ly/2VXEK9u>

Про зміни у екстреній допомозі: <http://bit.ly/2IPnNk7>, <http://bit.ly/2UUcheU>

## Глосарій

**Очікувана середня тривалість життя при народженні** — загальноприйнятий міжнародний індекс (інтегральний показник), який характеризує усереднений очікуваний інтервал між народженням і смертю для даного покоління і становить число років, яке в середньому належить прожити поколінню народжених в даному році за умови, що протягом життя покоління зберігаються повікові показники смертності даного року.

**Глобальний тягар хвороб** — загальноприйнятий міжнародний індекс (disease adjusted life year — DALY), який характеризує втрати здорових років життя в результаті передчасної смертності та інвалідності.

**Очікувана тривалість здорового життя** — загальноприйнятий міжнародний індекс (health life expectancy — HALE), який характеризує число років здорового життя, на які люди можуть розраховувати в разі незмінності нинішніх умов.

**Малюкова смертність** — один із базових показників, що характеризує здоров'я, оцінює рівень смертності серед дітей віком до 1 року.

**Критична медико-санітарна інфраструктура** — структурні елементи національної системи охорони здоров'я, що забезпечують постійну і безперервну готовність реагування на медико-біологічні, екологічні й техногенні ризики, у тому числі пов'язані з воєнною загрозою для України.

## Курс «Основи громадського здоров'я для фахівців»

### Модуль 7. Системи охорони здоров'я

**Тема 7.1. Фінансування систем охорони здоров'я: способи збору коштів**(ч.1) <https://www.youtube.com/watch?v=ZY7YONIT8o>(ч.2) <https://www.youtube.com/watch?v=B-3FwOs4dCs>**Тема 7.2. Розуміння систем охорони здоров'я: огляд «класичних» моделей систем охорони здоров'я**<https://www.youtube.com/watch?v=vpYC01rv2Ms>**Тема 7.3. Огляд реформи охорони здоров'я в Україні**<https://www.youtube.com/watch?v=IUGcY1zqSuQ>**Тема 7.4. Організаційна структура системи громадського здоров'я**<https://www.youtube.com/watch?v=OQKhEAQbMuu>**Тема 7.5. Огляд реформи системи громадського здоров'я**<https://www.youtube.com/watch?v=roftM4cAZsg>**Рекомендована література:****Основна:**

1. Голяченко О.М. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я.- К.: Медицина,2011.-208 с.
2. Громадське здоров'я і громадське медсестринство / Є.А.Склярів, М.Б.Шегедін, Б.Б.Лемішко та ін..-К.:Медицина,2008.-224 с.
3. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю.В.Вороненка.- К.: Здоров'я,2002.-360 с.
4. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: Підручник для поза аудиторної самостійної підготовки до практичних занять / За ред..В.В.Рудня.-Львів,2004.-595 с.

**Допоміжна:**

1. Громадські ради в системі охорони здоров'я: створення і робота: Метод.посіб./ В.В.Глуховський, О.В.Ангелов, О.Д.Кравецький, Г.О.Слабкий.-Миколаїв:Дизайн і поліграфія,2008.-124 с.
2. Гриньків М., Куцериб Т., Крась С., Маєвська С., Музика Ф. Медикобіологічні основи фізичної терапії, ерготерапії [«Нормальна анатомія» та «Нормальна фізіологія»] [навчальний посібник]. Львів: ЛДУФК, 2019. С. 146.
3. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2013 р., м.Київ // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я / Гол.ред.В.Ф.Москаленко.-2013.-№1.-304 с.
4. Медицина. Медичні послуги від А до Я /В.Болгов.-К.,2011.-Вип.1.-230 с.
5. Приступа Є. Якість життя людини: категорії, компоненти та їх вимірювання / Приступа Євген, Куриш Назарій // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2010. – № 2. – С. 54–63.
6. Тулайдан В. Поліпшення якості життя студентської молоді з урахуванням сучасних освітніх умов навчання у вищому навчальному закладі / В. Тулайдан, Ф. Музика, Б. Виноградський // Спортивна наука України. – 2012. – № 3. – С. 3–14.
7. Фізична реабілітація : анот. бібліогр. покажч. / Ірина Свістельник. – Київ : Кондор, 2012. – 1162 с.
8. Філософія медицини ХХІ сторіччя : українські реалії // Укр.мед часопис.-2013.-№1.-С.8-9.

**Інформаційні ресурси інтернет:**

1. <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/229->



- [gromadske-zdorovya-magistr.pdf](#)
2. Грандт В.В., Тітенкова Г.В. Теоретичний аналіз проблеми здоров'я особистості в сучасних психологічних дослідженнях // [file:///C:/Users/User/Pictures/facebook/pspz\\_2013\\_2\\_7.pdf](file:///C:/Users/User/Pictures/facebook/pspz_2013_2_7.pdf)
  3. Громадське здоров'я як наука - <http://ukrbukva.net/2372-Obshestvennoe-zdorov-e-kak-nauka.html>
  4. Громадське здоров'я як наука // <http://ukrbukva.net/2372-Obshestvennoe-zdorov-e-kak-nauka.html>
  5. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки  
[http://academy.gov.ua/NMKD/library\\_nadu/Monografiya/eb888b29-b062-4a77-bb62-ab02e68a21e5.pdf](http://academy.gov.ua/NMKD/library_nadu/Monografiya/eb888b29-b062-4a77-bb62-ab02e68a21e5.pdf)
  6. Економіка та фінансування галузі охорони здоров'я. Навчально-методичний посібник  
[http://academy.gov.ua/NMKD/library\\_nadu/Biblioteka\\_Magistra/3b63646e-4026-4df2-826d-c561b5313180.pdf](http://academy.gov.ua/NMKD/library_nadu/Biblioteka_Magistra/3b63646e-4026-4df2-826d-c561b5313180.pdf)
  7. Жалінська Є.В. Сучасні підходи до оцінювання громадського здоров'я як складової соціально-економічної політики [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/ecpros\\_2013\\_75\\_10.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/ecpros_2013_75_10.pdf)
  8. Журналістське розслідування в сфері громадського здоров'я <https://www.aup.com.ua/wp-content/uploads/2016/10/83de202b5258ab328fe463ccf730990f.pdf>
  9. ЗАГАЛЬНА ТЕОРІЯ ЗДОРОВ'Я І ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ Колективна монографія за загальною редакцією проф. Ю. Д. Бойчука  
[http://hnpu.edu.ua/sites/default/files/files/Kaf\\_zdor\\_ta\\_korr\\_os/Zagalna\\_teoriya\\_zdorovia\\_i\\_zdory\\_izberegennja.pdf](http://hnpu.edu.ua/sites/default/files/files/Kaf_zdor_ta_korr_os/Zagalna_teoriya_zdorovia_i_zdory_izberegennja.pdf)
  10. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»  
<https://www.umj.com.ua/article/126457/sistema-gromadskogo-zdorov-ya-moz-ukrayini-rozrobilo-zakonoproekt>
  11. Концепція розвитку системи громадського здоров'я  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text>
  12. Міжнародний благодійний фонд «Українська фундація громадського здоров'я»  
[http://www.ufb.org.ua/aboutus/kerivnuctvo/members/fundaciya\\_zdorovya.htm](http://www.ufb.org.ua/aboutus/kerivnuctvo/members/fundaciya_zdorovya.htm)
  13. Наказ МОН України від 4 серпня 2020 р. № 1000 «Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти»
  14. Операційний посібник «Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я»  
[https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Manual\\_Development%20and%20funding%20of%20regional%20and%20local%20public%20health%20programs\\_print\\_210x297%2B3mm.pdf](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Manual_Development%20and%20funding%20of%20regional%20and%20local%20public%20health%20programs_print_210x297%2B3mm.pdf)
  15. Основи громадського здоров'я: теорія і практика  
<http://distance.dnu.dp.ua/ukr/nmmateriali/documents/osngromad.pdf>
  16. ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я Навчально-методичний посібник  
[http://maup.com.ua/assets/files/lib/book/p06\\_13.pdf](http://maup.com.ua/assets/files/lib/book/p06_13.pdf)
  17. Основні терміни, які вживаються у сфері громадського здоров'я [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/Uzn\\_2017\\_3\\_43.pdf](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/Uzn_2017_3_43.pdf)
  18. Проблематика громадського здоров'я [http://cgz.vn.ua/problematika-gromadskogo-zdorovya/problematika-gromadskogo-zdorovya\\_445.html](http://cgz.vn.ua/problematika-gromadskogo-zdorovya/problematika-gromadskogo-zdorovya_445.html)
  19. Проект Закону «Про систему громадського здоров'я», оприлюднений МОЗ України для громадського обговорення 19 червня 2018 року <https://moz.gov.ua/article/public-discussions-archive/proekt-zakonu-ukraini-pro-sistemu-gromadskogo-zdorovja>
  20. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 1002-р від 30.11.2016р. «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text>

21. Угода про асоціацію з ЄС. Глава 22. Громадське здоров'я <http://stbcu.com.ua/2014/eu-assoc-agreement/>
22. Центр громадського здоров'я <https://phc.org.ua/>
23. Як писати про громадське здоров'я . Права пацієнтів: Довідник. Частина 1-а.  
<http://www.aup.com.ua/uploads/health.pdf>

**Додаткова література:**

**ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (монографія)**

[http://academy.gov.ua/NMKD/library\\_nadu/Monogr/457d99ff-a477-4205-baaf-2cee246fe3da.pdf](http://academy.gov.ua/NMKD/library_nadu/Monogr/457d99ff-a477-4205-baaf-2cee246fe3da.pdf)

**ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ РЕФОРМУВАННЯМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

[http://academy.gov.ua/NMKD/library\\_nadu/Biblioteka\\_Magistra/2a68618e-7779-4d59-829b-fab7a50af196.pdf](http://academy.gov.ua/NMKD/library_nadu/Biblioteka_Magistra/2a68618e-7779-4d59-829b-fab7a50af196.pdf)

**Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях українських учених**

<http://academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf>

**ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ГЕНЕЗА І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ**

[http://academy.gov.ua/NMKD/library\\_nadu/Monografiy/aa2d8d7f-9def-4f49-a86b-43c3db9dbd31.pdf](http://academy.gov.ua/NMKD/library_nadu/Monografiy/aa2d8d7f-9def-4f49-a86b-43c3db9dbd31.pdf)

**Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна**

[http://idpnan.org.ua/files/spivak-m.v.-derjavna-politika-zdorov\\_yazberejennya-svitoviy-dosvid-i-ukrayina-d.pdf](http://idpnan.org.ua/files/spivak-m.v.-derjavna-politika-zdorov_yazberejennya-svitoviy-dosvid-i-ukrayina-d.pdf)

**Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації)**

[http://library.tneu.edu.ua/files/EVD/mg\\_dpozou.pdf](http://library.tneu.edu.ua/files/EVD/mg_dpozou.pdf)