

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

*«Допущено до захисту  
магістерської роботи»*

Завідувач кафедри громадського здоров'я,  
та управління охороною здоров'я  
\_\_\_\_\_ д.мед.н., проф. В.А.Огнєв

**ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА  
У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»  
освітня програма: «Управління в сфері охорони здоров'я»  
галузь знань: 28 «Публічне управління та адміністрування»  
спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

**Виконав:**

Здобувач вищої освіти групи ПУА - 20

А.О. Еллазова

**Науковий керівник**

д.мед.н., проф.

В.А. Огнєв

**Рецензент**

д.мед.н.проф.

О.А.Короп

**Харків – 2022**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	8
1.1. Здоров'я суспільства як соціально-політична проблема.....	8
1.2. Система органів управління охороною здоров'я та їх компетенція.....	15
1.3. Сучасна державна політика щодо соціального захисту осіб похилого віку.....	19
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ.....	3
2.1. Моделі державної політики у сфері охорони здоров'я.....	30
2.2. Риси та особливості старіння населення в Україні .....	43
РОЗДІЛ 3. ОСНОВНІ НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ	58
3.1. Напрями удосконалення державної політики щодо охорони здоров'я осіб похилого віку.....	58
3.2. Пріоритети забезпечення здоров'я та благополуччя громадян похилого віку.....	70
3.3. Управлінські засоби подолання навантаження на охоронооздоровчу галузь біологічного й інституційного старіння...	79
ВИСНОВКИ.....	90
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	97

## ВСТУП

*Актуальність теми дослідження.*

В умовах модернізації українського суспільства, переходу України на новий рівень соціально-економічного розвитку, реалізації конституційного права громадян на доступну і якісну медичну допомогу актуалізується питання відповідності політики української держави в сфері охорони здоров'я і, зокрема, по відношенню до людей похилого віку, до процесів, що відбуваються в країні.

Інтерес до теми дослідження обумовлений цілою низкою чинників. Проблема здоров'я населення була і залишається традиційно актуальною протягом всієї історії людства. Відомо, що здорова людина - це головна цінність країни. Але такою вона може стати тільки при комплексному вирішенні всіх існуючих проблем: політико-правових, соціально-економічних, духовно-моральних, культурних. Зусилля держави повинні бути спрямовані на вдосконалення політики держави в сфері охорони здоров'я в умовах трансформації українського суспільства.

На жаль, стійкими тенденціями в багатьох країнах світу стали старіння населення, поява і поширення нових хвороб, погіршення фізичного, психічного і соціального здоров'я населення. У зв'язку з цим, управління здоров'ям, формування та організація здорового способу життя, підвищення якості життя всіх громадян, і літніх особливо, рішення проблем, які потребують негайної активізації діяльності інститутів державної влади.

Соціальне здоров'я суспільства багато в чому визначається ставленням до людей похилого віку. Політика держави щодо осіб похилого віку є одним з показників такого здоров'я.

У сучасних умовах у багатьох державах розробляються і реалізуються спеціальні програми, що забезпечують особам похилого віку можливості їх творчої самореалізації. Посильна праця, заняття творчістю, здатність бути корисним суспільству, зростаюча роль літніх в справі виховання молодого покоління, яка в останні роки, на жаль, була піддана істотній ерозії в зв'язку з

бурхливим розвитком комп'ютерних технологій і істотним скороченням традиційних агентів виховання підростаючого покоління - ці та багато інших проблем, що вимагають якнайшвидшого врегулювання, є, перш за все, прерогативою державних органів.

Значення поставлених в магістерській роботі завдань визначається і тим, що старіння суспільства породжує нові проблеми, пов'язані не тільки з соціальним забезпеченням і охороною здоров'я літніх, а й створенням необхідних умов для їх позитивного соціального світовідчуття і самопочуття, шанобливого ставлення суспільства до цієї категорії населення.

Актуальність теми зумовлена й тим, що природний період в житті людини - старість - не повинна бути тільки етапом згасання фізичних, моральних, інтелектуальних та інших сил. Участь рідних, близьких, друзів, а також чиновників всіх рівнів в організації життєдіяльності осіб похилого віку може істотно продовжити період активного життя людини, в процесі якого вона не сприймається оточуючими як баласт для суспільства, оскільки надає йому суттєву допомогу.

Основою для теоретичного дослідження стали праці зарубіжних та вітчизняних авторів, які присвячені дослідженню вивчення розвитку систем охорони здоров'я економічно розвинених країн світу.

Таким чином, властивості організаційної структури, основи правового функціонування системи охорони здоров'я в Україні, особливості управління організаційними змінами в галузі були розглянуті у роботах О.Вашева, З.Гладуна, Л.Жаліло, Я.Радиша, І.Рожкової, С.Стеценка, І.Солоненка.

Головні риси проектного та програмно-цільового напрямків в управлінні охороною здоров'я досліджували М.Білинська, Д.Карамішев, В.Москаленко.

Основні типи систем охорони здоров'я вивчали зарубіжні дослідники У.Беверидж, Ю.Лісіцин, М.Губіна, Я.Погорєлов, В.Філатов, М.Філд, М.Фотакі, С.Шишкін, О.Щепін та інші.

Аналіз наукових публікацій розвитку сфери охорони здоров'я свідчить, що ступінь вивчення проблеми вітчизняними вченими та практиками не можна

вважати достатнім, і тому вона потребує подальших досліджень, для формування основних напрямів та тенденцій розвитку соціальної політики держави в сфері охорони здоров'я щодо осіб похилого віку.

Отже, існує нагальна необхідність продовжити системні дослідження, при цьому, вони повинні розглядатися у контексті специфічних вітчизняних особливостей перехідного періоду та сучасних світових тенденцій.

*Мета і завдання дослідження.*

*Мета* магістерської роботи полягає в аналізі і у визначенні факторів, що впливають на політику держави в галузі охорони здоров'я та державної політики у сфері охорони здоров'я осіб похилого віку.

Це дозволило виокремити основні *завдання* дослідження, а саме:

- дослідити основні характеристики систем охорони здоров'я та розглянути здоров'я суспільства як соціально-політичну проблему;
- визначити систему органів управління охороною здоров'я та їх компетенцію;
- проаналізувати сучасну державну політику щодо соціального захисту осіб похилого віку;
- дослідити моделі державної політики у сфері охорони здоров'я;
- визначити риси та особливості старіння населення в Україні;
- проаналізувати напрями удосконалення державної політики щодо охорони здоров'я осіб похилого віку;
- дослідити пріоритети забезпечення здоров'я та благополуччя громадян похилого віку;
- визначити управлінські засоби подолання навантаження на охорону оздоровчу галузь біологічного й інституційного старіння.

*Об'єктом* дослідження виступають відносини і процеси, що складаються під час здійснення державної політики в галузі охорони здоров'я в щодо осіб похилого віку в умовах українського суспільства.

*Предметом* дослідження є державна соціальна політика України у сфері охорони здоров'я осіб похилого віку.

У ході магістерської роботи використовувалися *методи дослідження*:

Методологічними засадами проведеного дослідження є критичний підхід до усвідомлення сучасних ідей та положень, що властиві предмету дослідження, ґрунтовні наукові праці вчених-фахівців соціальної сфери, соціологів, Постанови Верховної Ради та Уряду України, Укази Президента України, нормативно-правові акти, міжгалузеві та галузеві методичні документи з питань охорони здоров'я осіб похилого віку. Теоретичним підґрунтям виконаного дослідження є використання систематичного підходу до його об'єкта та предмета. Пізнання соціально-політичних, демографічних процесів і явищ в області соціальної політики, охорони здоров'я здійснювалося з використанням таких методів: інституційного, структурно-функціонального, соціологічного, порівняльного. У роботі були також використані логічні методи: індукція, дедукція, аналіз, синтез, класифікація і т.д. При аналізі документального та статистичного матеріалу використовувався метод критичного аналізу.

Джерелами емпіричної інформації стали прикладні дослідження, наукові монографії, наукові статті українських та зарубіжних дослідників, матеріали міжнародних, наукових та науково-практичних конференцій, конгресів, офіційні документи, публікації в періодичній пресі, матеріали міжнародної електронної мережі «Інтернет».

Інформаційною базою дослідження є законодавчі акти і державні нормативні документи, що встановлюють основні напрями державної соціальної політики в Україні у сфері охорони здоров'я осіб похилого віку.

Нормативно-правовою базою дослідження стали: Конституція України, Укази Президента України, Постанови Верховної Ради та Уряду України, галузеві та міжгалузеві методичні документи з питань охорони здоров'я, ґрунтовні наукові праці вчених-фахівців сфери охорони здоров'я, соціологів, законодавчо-нормативні та правові акти.

У *першому розділі* «Теоретико-методологічні основи державної соціальної політики у сфері охорони здоров'я» досліджено здоров'я суспільства

як соціально-політичну проблему; систему органів управління охороною здоров'я та їх компетенцію; сучасну державну політику щодо соціального захисту осіб похилого віку.

*У другому розділі «Аналіз державної політики у сфері охорони здоров'я осіб похилого віку»* проаналізовано моделі державної політики у сфері охорони здоров'я; риси та особливості старіння населення в Україні.

*У третьому розділі «Основні напрями розвитку державної політики у сфері охорони здоров'я осіб похилого віку»* визначено напрями удосконалення державної політики щодо охорони здоров'я осіб похилого віку; пріоритети забезпечення здоров'я та благополуччя громадян похилого віку; управлінські засоби подолання навантаження на охороно оздоровчу галузь біологічного й інституційного старіння.

Таким чином, аналіз державної політики в сфері охорони здоров'я щодо осіб похилого віку є актуальним науково-дослідним та практичним завданням для України, що обумовлює необхідність вивчення основних напрямків і тенденцій розбудови державної політики в цій сфері в цілому по відношенню до цієї специфічної соціальної групи.

*Практичне значення отриманих результатів.* Запропоновані в магістерській роботі теоретичні положення й висновки можуть бути використані як пропозиції і рекомендації до державної програми України в системі охорони здоров'я, програм соціально-економічного розвитку України; у навчальному процесі Харківського національного медичного університету та інших вищих навчальних закладів при розробці та викладанні модулів, пов'язаних з державною соціальною політикою та сферою охорони здоров'я.

*Апробація результатів роботи.* Теоретичні положення, принципові ідеї та висновки дослідження були представлені до обговорення на засіданнях кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету (протокол № 20, від 7 грудня 2021 року)

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 1.1. Здоров'я суспільства як соціально-політична проблема

На сьогодні цінність людського здоров'я щоденно зростає. Населення намагається жити довше, мати кращий рівень здоров'я та користуватись цим високим рівнем здоров'ям у сучасних умовах. Для акцентування значення здоров'я для людства наведемо такі афоризми:

Здоров'я — це не все, але все без здоров'я — ніщо. Сократ

Життя і здоров'я — це найцінніше, що ми маємо. Пан Гі Мун

Єдина краса, яку я знаю — це здоров'я. Християн Іоганн Генріх Гейне

Таким чином, якщо умовно порівняти на одній з чаш терезів здоров'я, а на іншій — всі інші цінності світу, то здоров'я переважатиме.

Дослідження в галузі охорони та покращення здоров'я населення свідчать, що здоров'я - це комплекс, який складається з чотирьох чинників (генетичного, психічного, соціального та соматичного благополуччя людини зокрема та суспільства в цілому), які приблизно порівну (по 25%) впливають на досягнення належного життєвого рівня.

Охорона здоров'я розглядається як система громадських та державних заходів наукового, культурно-освітнього, соціально-економічного, правового, санітарно-гігієнічного, організаційно-технічного та медичного характеру, які спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я людей, збільшення довголіття і працездатності, створення сприятливих для здоров'я умов побуту і роботи, забезпечення гармонійного психічного і фізичного розвитку дітей та підлітків, запобігання і лікування хвороб. Таким чином, здоров'я наслення є найбільшою громадською та індивідуальною цінністю, яка значним чином впливає на стан національної безпеки, а також є важливою умовою розвитку суспільства.



Отже, рівень здоров'я, його поліпшення і збереження є медико-соціальною проблемою, що потребує у своєму оптимальному рішенні залежно від умов теперішнього часу, при зміні яких виникає необхідність покращення управління та організації системних заходів, спрямованих на досягнення мети - збільшення тривалості якісного життя.

Рівень здоров'я українців, зумовлений суспільними явищами на межі століть, характеризується значними показниками інвалідизації та захворюваності, зменшенням середньої тривалості життя, яка менше в середньому на 10 років у порівнянні з іншими країнами Європи, високою смертністю, особливо серед працездатного населення,.

Часткове зростання показника смертності відзначали з початку 1975 р., а вже у 1985 р. загальний коефіцієнт смертності став одним з найбільших серед країн Європи (12,1 і 10,5% відповідно). Максимальний темп зростання смертності припадає на 1991-1995 рр.. (27,5% - у 1985-1995 рр..). У подальшому в Україні відзначали подальше зростання смертності (+3,9% в 1995-2005 рр..), У той час як у країнах Європи - зниження (- 4,0%). З 2005 р. смертність в Україні перевищувала таку в країнах Євросоюзу в 1,6 рази.

Згідно зі статистичними даними за 2018 рік, в рейтингу країн з високим рівнем смертності Україна знаходиться на п'ятому місці (14 человек на 1000 населення).

Також варто відзначити, що в Україні найвищі показники смертності серед людей, які не дожили до 60 років, в порівнянні з показниками інших європейських країн. Тільки за минулий рік населення України зменшилося на 180 тисяч осіб.

В Україні представники сильної статі живуть майже на 10 років менше ніж жінки. Згідно з даними української служби статистики, тривалість життя складає 72,9 років (чоловіків - 68 років, а жінок – 77,8 років. Але ймовірність смертність серед чоловіків у віці до 60 років – 40 %, в порівнянні з 8 % в Швейцарії [12].

Таким чином, вимальовується не надто райдушна перспектива - з 100 чоловіків в Україні до пенсії доживе всього 60, а в Швейцарії - 92.

У країнах Європейського Союзу (далі - ЄС) населення живе приблизно на 11-12 років більше ніж українці. Так чому ж на Україні стався такий стрибок смертності?

Експерти заявляють, що українці вбивають себе самі, зневажливо ставлячись до свого здоров'я. Відповідно до думки Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі - ВООЗ), медицина може вплинути на тривалість життя лише на 20 %, а ось сама людина, ведучи не зовсім правильний спосіб життя, значно збільшує ризик передчасної смерті на 50 %.

У жінок частіше діагностують захворювання, тільки тому, що чоловіки рідко обстежуються, а якщо і потрапляють до лікарні, то у вкрай "запущеному" стані. Тобто чоловіки зневажливо ставляться до свого здоров'я.

Крім ігнорування лікарів чоловіки страждають від шкідливих звичок (куріння, алкоголізм) більшою мірою, ніж жінки, що робить негативний вплив на їх здоров'я.

Статистика ВООЗ жахає, адже Україна знаходиться на п'ятому місці в світі по зловживанню спиртних напоїв і на другому за рівнем смертності від алкоголю.

Чисельність населення України станом на 1 листопада 2021 року склала 41 млн 319 тисяч осіб, що, за оцінками Державної служби статистики, на 268,9 тисячі осіб менше, ніж було на початок року [12].

Складність прогнозу основних показників оцінки здоров'я в Україні до 2025 р. свідчить про необхідності розв'язку комплексного адекватного впливу на державному та регіональному рівнях.

У преамбулі Статуту ВООЗ говориться, що здоров'я - це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя. Проте досягти повного фізичного та душевного благополуччя практично неможливо і це визначення стосується ідеального здоров'я. Також є думка, що здоров'я - це нормальний стан організму, який

характеризується повною узгодженістю при функціонуванні всіх органів та систем, оптимальною саморегуляцією, рівновагою між зовнішнім середовищем та організмом, а також відсутність хворобливих проявів. Таким чином, здоров'я - це здатність організму перебувати в рівновазі з навколишнім середовищем.

На сьогодні значущість здоров'я визначається як універсальна цінність, що впливає на усі верстви населення: бідних та багатих, літніх та молодих, людей різних рас. Здоров'я є невід'ємним правом людини, важливість охорони якого зростає з кожним роком. На міжнародному рівні права на охорону здоров'я були закладені у 1948 р. у статуті ВООЗ. Вони відображені в документах регіональних організацій, конституції ЄС та національних конституціях усіх країн. Гарантія права на здоров'я є пріоритним напрямком у сфері світового розвитку, який, як і запорука добробуту окремої людини і суспільства та благополуччя в цілому, знайшли своє відображення у Цілях розвитку тисячоліття Організації Об'єднаних Націй (далі – ООН).

Сутність здоров'я стосується соціальних, політичних, філософських та інших аспектів. Філософські аспекти зосереджені на виборі ціннісних орієнтирів, соціальні – у відновленні трудових ресурсів, здатності до суспільно-корисної діяльності, політичні — в забезпеченні безпеки держави та її стабільності, економічні — в створенні матеріальних благ, підвищенні продуктивності праці, що покращує якість життя і добробут населення. Складова здоров'я, що визначається як психологічна, впливає на мотивацію в поведінці зі збереження здоров'я, а медична - формує потреби в послугах охорони здоров'я.

За даними Європейського регіонального бюро (далі - ЄРБ) ВООЗ до факторів, які визначають сучасні тренди чи тенденції в охороні здоров'я, належать екологічні проблеми (забруднення довкілля, зміна клімату), технологічні нововведення, серйозні демографічні зміни, маркетизація, глобалізація, соціально-політичні конфлікти, поглиблення нерівності

у розподілі матеріальних цінностей та доступ до послуг, міграція населення, урбанізація тощо.

У Таллінні в 2008 р. була проведена Європейська міністерська конференція ВООЗ щодо систем охорони здоров'я «Системи охорони здоров'я - здоров'я - благополуччя», під час якої було прийнято Талліннську хартію. Цей документ визначає, що взаємопов'язаними поняттями є здоров'я, система охорони здоров'я та благополуччя. Досить високою є економічна залежність від рівня здоров'я населення. Аналізуючи структуру витрат – прямі витрати на охорону здоров'я складають 47,9%, а непрямі, зумовлені втратою доходів, пов'язаних із захворюваністю та передчасною смертністю — 52,1 %.

І постає питання: хто несе основну відповідальність за здоров'я? Опираючись на цитати двох визначних діячів у цій сфері, які дають відповідь.

Так, за словами Гро Харлем Брундтланд, яка була двічі - прем'єр-міністром Норвегії та міністром охорони здоров'я, а також директором ВООЗ, те, як спроектовані системи охорони здоров'я, те, як ними керують і як їх фінансують, - все це позначається на житті людей та стані їх здоров'я.

Нинішній генеральний директор ВООЗ д-р Тедрос Адханом Гебрейесус висловив своє бачення пріоритетів і стратегій у системи охорони здоров'я: «Я уявляю собі світ, в якому кожен може вести здорове і продуктивне життя незалежно від того, хто він і де живе. Я вважаю, що глобальна прихильність принципу сталого розвитку - і це відображено в Цілях сталого розвитку - створює унікальну можливість для вирішення соціальних, економічних та політичних детермінант охорони здоров'я та поліпшення здоров'я і благополуччя людей у всьому світі.

Для цього нам потрібна сильна і ефективна ВООЗ, здатна успішно протистояти серйозним викликам і вирішувати завдання, передбачені Цілями сталого розвитку. З огляду на реалії 21 століття, нам потрібна ВООЗ, що належить всім нам в однаковій мірі. Нам потрібна ВООЗ з ефективним менеджментом, в достатній мірі забезпечена ресурсами і працює на результат з акцентом на прозорість, підзвітність і раціональне використання коштів».

Комплекс основних характеристик систем охорони здоров'я включає: консерватизм, фінансовоємність, значущість і складність.

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

*Фінансовоємність.* Охорона здоров'я перевищує за своєю вартістю усі інші галузі. Складає 10–15% ВВП в економічно розвинених країнах (у США — до 20%), 3–5–7 тис. дол. США в розрахунку на мешканця на рік, ці витрати постійно зростають. Великі обсяги послуг зумовлені реалізацією профілактичних програм, високою вартістю технологій, обладнання, ліків, високою частотою звернень, обов'язковістю і невідкладністю їх надання, необхідністю витратити на постійне покращення та оновлення технологій, обладнання тощо, невідповідає темпам зростання ВВП.

*Значущість* охорони здоров'я зрозуміло кожному, її вплив важко перебільшити. Загально відомо, що здоров'я та охорона здоров'я має відношення до усіх і кожного. Жодна сфера не має такого впливу та такої залежності для людини, як охорона здоров'я. Протягом усього життя попит населення на послуги з охорони здоров'я є постійним і високим. 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. Провідна роль охорони здоров'я - це

забезпечення потреб у медичних послугах, зменшення впливу на нього ризиків і зниження фінансових витрат.

*Складність системи* зумовлена динамічними та композиційними аспектами. Композиційна складність пов'язана з наявністю багатьох складових, а саме: інструментарію, транспорту, будівель, споруд, обладнання, комунікацій. На відміну від інших галузей, у охороні здоров'я найголовніше — обладнання та технології, що на сьогодні є дуже високовартісним. Тому обсяги фінансування медичної сфери перевищують фінансування будь-якої іншої галузі.

Аналіз проблем вказує, що питання стратегії розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я повинен формуватися із врахуванням сучасної медико-демографічної ситуації. На це вказують і експерти ВООЗ. Адже постаріння населення ставить перед суспільством необхідність вирішення не лише суто медичних питань, але й низки проблем політичного, економічного, соціального, культурного, психологічного тощо характеру, зростає потреба в різних видах не лише медичної, але й на соціально-побутову допомогу і тому, відбувається зростання витрат суспільства на надання допомоги, зростає частка фінансування пенсійного забезпечення, виплата пільг, обслуговування непрацездатних літніх громадян тощо.

Тому побудова вітчизняної сфери охорони здоров'я повинна базуватись на міжсекторальній співпраці, з урахуванням нових реалій у демографічній структурі населення країни.

## **1.2. Система органів управління охороною здоров'я та їх компетенція**

Інтегральним показником розвитку успішності суспільства є здоров'я. Здоров'я визнано невід'ємним правом людини, глобальним суспільним благом, неодмінною складовою благополуччя.

Головну роль у збереженні та зміцненні здоров'я відіграють системи охорони здоров'я. Ефективність їх функціонування впливає на якість трудових ресурсів будь-якої країни, науковий, культурний, економічний, оборонний потенціал.

На межі ХХІ ст. світове співтовариство досягло значних успіхів в галузі охорони здоров'я населення. Однак в умовах технологізації, глобалізації, маркетингації перед системами охорони здоров'я постають численні проблеми, що ускладнюють досягнення поставлених перед ними цілей. Перш за все вони викликані зміною парадигми здоров'я, серйозними демографічними зрушеннями, епідеміологічній зміна від інфекційних до переважно неінфекційних типів патології, збільшення тягаря хвороб і потреб у послугах охорони здоров'я.

Також перешкодою на шляху поліпшення здоров'я та благополуччя є кліматичні зміни, екологічні проблеми, урбанізаційні, міграційні процеси, соціально-політичні конфлікти, економічна криза та ін. Одночасно зростають запити населення до обсягів медичного обслуговування та підвищуються вимоги до його безпеки та якості.

Перед системами охорони здоров'я постають дефіцит фінансових ресурсів, кадрові та інші проблемами, що вимагають пошуку нових стратегій розвитку, перегляду політики, вдосконалення її структури і функціонування.

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

Мінливий характер проблем, новий погляд на охорону здоров'я, синергічні глобальні зв'язки між проблемами, взаємозалежність більшості їхніх рішень вимагають врахування інтересів галузі при усіх стратегіях і напрямках політики, системному підході, міжсекторальній взаємодії і узгоджених колективних заходів у відповідь на всіх рівнях управління.

Система охорони здоров'я - це сукупність усіх інституцій, організацій і ресурсів, головною метою яких є підтримка, зміцнення чи відновлення здоров'я.

До системи органів державного управління охорони здоров'я України входять: Міністерство охорони здоров'я України, Кабінет Міністрів України, Рада міністрів АРК, місцеві державні адміністрації (управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, відділи охорони здоров'я районних державних адміністрацій).

Кабінет Міністрів України організує розробку та здійснення цільових і комплексних програм; створює організаційні, правові, економічні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у галузі охорони здоров'я; координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди, а також у межах своєї [5] компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в галузі охорони здоров'я. Спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ України).

При вирішенні найважливіших завдань розвитку і діяльності охорони здоров'я у МОЗ України створюється колегія, рішення якої проваджуються в життя наказами Міністра. Рада міністрів АРК і місцеві державні адміністрації реалізують державну політику в галузі охорони здоров'я в межах своїх повноважень.

Таким чином, місцеві державні адміністрації здійснюють загальне керівництво закладами охорони здоров'я, що перебувають у сфері їх управління, організують роботу медичних закладів по наданню медичної допомоги населенню, їх матеріально-фінансовим забезпеченням, здійснюють заходи щодо попередження інфекційних захворювань, епідемій, епізоотій та їх ліквідації тощо.

Державні функції в галузі охорони здоров'я здійснюють також інші органи, які мають у своєму віданні установи охорони здоров'я. До таких органів, належать МВС України, Мінтранс України, Міноборони України, Служба безпеки України. Ці органи визначають структуру управління відомчими установами охорони здоров'я [13]. Виконання основних принципів державної політики у сфері організації виробництва лікарських засобів і



забезпечення цією продукцією населення та закладів охорони здоров'я покладено на МОЗ України. Органи місцевого самоврядування приймають активну участь при реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я населення. Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні» визначається, що до відання виконавчих органів сільських, селищних, міських рад у цій сфері входять: забезпечення в межах наданих їм повноважень доступності та платності медичного обслуговування на відповідній території; відповідають за забезпечення відповідно щодо чинного законодавства пільговим категоріям населення ліками та виробами медичного призначення; забезпечення згідно із законом розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку та вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреб у підготовці спеціалістів для них, організація роботи по підвищенню кваліфікації кадрів; вносять пропозицій у відповідні органи щодо ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я реєструють згідно із законодавством статуту (положення) розміщені на відповідній території установ охорони здоров'я незалежно від форм власності; [28; 41].

Безпосередню охорону здоров'я населення забезпечують фізкультурно-профілактичні, аптечні, санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, санаторно-курортні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я. Система медичних закладів, яка була створена за радянських часів, все ще не оптимізована відповідно до попиту населення на медичні послуги та його кількості. До закладів охорони здоров'я належать поліклініки, лікарні, пологові будинки, спеціалізовані диспансери, санітарно-епідеміологічні центри, станції швидкої медичної допомоги, медико-санітарні частини установ і закладів та ін. Базова ланка практичної медицини – це лікарні. За галузевою належністю можна виділити лікарні, що входять до системи МОЗ України та відомчі лікарні; за територіальною ознакою – районні, міжрайонні, міські, обласні лікарні [28].

Проте в умовах монопольного панування державної власності на заклади охорони здоров'я і централізованої адміністративно-командної системи управління в цій сфері заклад охорони здоров'я є підрозділом системи охорони здоров'я, який здійснює свою діяльність відповідно до чисельних відомчих нормативно-правових актів та забезпечує виконання планових завдань тощо [5].

Ураховуючи те, що переважна більшість закладів охорони здоров'я були створені відповідними органами державної влади і лише в останні роки почали з'являтися медичні заклади, засновані громадянами та юридичними особами [5], можна дійти висновку, що вказана негативна особливість управління охороною здоров'я в Україні ще не є подоланою.

Існуюча потреба у спрямованості теорії та практики державного управління на реформування медичної сфери в Україні зумовлює оновлення механізмів державного управління галуззю, це вимагає наукового обґрунтування та імплементації нових методів управління, які б концентрували зусилля органів державної влади на розв'язанні протиріч та усували невідповідності між фактичними потребами населення в медичній допомозі та послугами.

### **1.3. Сучасна державна політика щодо соціального захисту осіб похилого віку**

Державна політика стосовно літніх осіб це природня реакція на ті зміни у соціально-демографічних структурах, які виникали впродовж останніх десятиліть і були пов'язані з постарінням популяції. Основні документи які контролюють політику в сфері літніх людей – це Мадридський міжнародний план дій з питань старіння та Регіональна стратегія реалізації Мадридського плану з проблем старіння.

Перша спроба вирішити проблему старіння населення на глобальному рівні була здійснена у 1982 році в цей час Генеральна Асамблея ООН провела першу Всесвітню асамблею з проблем старіння та підготувала Віденський

міжнародний план дій з проблем старіння. Цей план представив систематичні рекомендації задля захисту прав людей похилого віку.

План складався з 62 рекомендацій, зокрема у таких сферах як харчування, захист літніх споживачів, охорона здоров'я, сімейна сфера, соціальне забезпечення, гарантії доходів, житлове будівництво, охорона навколишнього середовища, зайнятості та освіти літнім особам, а, крім того, стосувався й аналізу відповідних статистичних даних.

Наступним етапом стало прийняття Генеральною Асамблеєю Принципів ООН до людей похилого віку в 1991 р. Принципи стосувались забезпечення незалежності людей поважного віку, догляду за людьми похилого віку, їх участі в житті суспільства, реалізації їх потенціалу та можливості вести гідний спосіб життя.

Участь у житті суспільства має за мету те, що люди похилого віку повинні активно долучатись до розробки політики, безпосередньо на них орієнтованої, а також передавати свій досвід наступним поколінням та мати можливість створювати власні об'єднання.

Догляд за людьми похилого віку передбачає, що їм необхідно забезпечити належну інструментальну підтримку з боку сім'ї, закладів охорони здоров'я та інших закладів, де вони перебувають, а також реалізовувати основні права та свободи, незалежно від місця їх перебування.

Реалізація внутрішнього потенціалу має на увазі, що особи похилого віку повинні мати можливість доступу до спілкування, духовного життя, освіти, культури та відпочинку. Достойний спосіб життя передбачає неможливість фізичного чи морального насилля над літніми людьми, незалежно від будь яких інших чинників.

ООН розпочала активну діяльність з питань старіння на межі тисячоліть: 1999 р. оголосили Міжнародним роком людей похилого віку, а в 2002 р. була проведена Всесвітня асамблея з проблем старіння — через два десятиліття після першої. Мадридський міжнародний план дій з питань старіння (далі - ММПДПС) починаючи з 2002 р., є основним міжнародним документом, що

репрезентує політику стосовно літніх осіб . Метою плану проголошено перехід від «старіючого суспільства» до «суспільства для людей усіх вікових груп». Мадридський план складається з рекомендацій для формування політики відносно літніх осіб, які покликані допомогти окремим державам створити власні програми трансформації політики в умовах старіння населення. Пріоритетними складовими ММПДПС на рівні окремих країн є такі: здоров'я та добробут у поважному віці; люди похилого віку в старіючому суспільстві; середовище, що підтримує розвиток літньої людини. На реалізацію цих дій суттєво впливають можливості певної держави.

Гарний стан здоров'я, зайнятість та активна різностороння життєва позиція є базою для класичного визначення активного старіння.

ВООЗ визначає активне старіння як – процес оптимізації можливостей для підтримання та покращення здоров'я, участь у соціальному житті та почуття безпеки, яке спрямоване на покращення рівня життя у процесі старіння. Це допомагає людям похилого віку бути активними у суспільній діяльності згідно з їхніми власними потребами та бажаннями, а також реалізовувати власний потенціал для фізичного, соціального і ментального добробуту впродовж усього життя.

Основними напрямками соціального захисту геронтологічної групи населення є - соціальна допомога і соціальне забезпечення.

Соціальне обслуговування являє собою сукупність соціальних послуг, які надають людям похилого віку або інвалідам вдома і у спеціалізованих державних закладах та структурах, що діють за підтримки органів місцевого самоврядування.

Соціальне забезпечення людей похилого віку – це система заходів, спрямованих на захист матеріального становища, зміцнення системи соціального обслуговування клієнтів (старих і немічних) надання грошової та матеріальної допомоги,.

Основні види соціальних послуг для клієнтів геронтологічної групи відносять: соціально-економічні, соціально-медичні, соціально-побутові, соціально-правові, морально-психологічна підтримка.

Соціальний захист населення цієї соціально-вікової групи здійснюється у трьох напрямках:

1) представництво і захист інтересів людей похилого віку, визнаних недієздатними (для надання їм необхідної допомоги).

2) підтримка, є необхідною похилим людям формою допомоги (домагає зберегти максимально можливий рівень самостійності);

3) профілактика – має на меті попередження потрапляння в установи соціального обслуговування стаціонарного типу, за для цього проводять збереження добробуту літньої людини за допомогою зменшення чи усунення факторів ризику;

Основними принципами діяльності у сфері соціального обслуговування людей старечого віку є: орієнтування соціального обслуговування на індивідуальні потреби громадян; надання державних гарантій; забезпечення рівних можливостей щодо отримання соціальних послуг і їхньої доступності; наступність усіх видів соціального обслуговування; пріоритетність заходів із соціальної адаптації.

Права на одержання гарантій, що встановлені законом – розмірів пенсій, допомоги, певних видів натурального забезпечення, а також послуг і пільг (у відповідності до закону про соціальні послуги) забезпечує держава. На місцях вирішуються питання додаткового підвищення рівня забезпечення та розширення можливостей обслуговування, виходячи з перспектив і умов регіону.

Формується соціальна політика за допомогою таких засобів:

оптимізація – це пошук (при допомозі кваліфікованих соціальних працівників) людям похилого віку нових можливостей і резервів для того, щоб оптимізувати своє життя;

селекція – пошукова робота та відбір головних складових елементів життя людини похилого віку, які були втрачені нею з часом, тобто погодження між власними потребами людини і реальністю, що дозволяє відчувати задоволення і контролювати своє повсякденне життя;

компенсація - створення додаткових джерел усунення вікових обмежень в адаптації з використанням нових сучасних мнемонічних технік і технологій, які компенсують втрати слуху, покращують пам'ять тощо.

В області соціальної підтримки літніх людей урядам всіх країн рекомендовано вживати таких заходів:

- захистити літніх людей від економічних потрясінь;
- розробити національну політику щодо людей похилого віку, тим самим зміцнюючи зв'язок між поколіннями;
- забезпечити якість життя в спеціалізованих установах для престарілих;
- заохочувати благодійні організації;
- повністю забезпечити літньої людини соціальними послугами незалежно від місця його проживання - на батьківщині або в іншій країні.

Ці принципи згруповані таким чином: 1) реалізація внутрішнього потенціалу; 2) догляд; 3) участь; 4) незалежність; 5) гідність.

Державна соціальна політика відносно людей похилого віку спрямована на те, щоб, по-перше, підготувати суспільство до демографічних змін, по-друге, поліпшити якість життя осіб старшого віку, по-третє, розвинути соціальні послуги відповідно до потреб і потребами цієї категорії населення.

За оцінкою Державної служби статистики України, станом на 1 листопада 2021 року чисельність наявного населення України становила 41 319 865 осіб [12] (без врахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополь). За січень-листопада 2021 року чисельність населення зменшилася на 268 633 осіб [5].

За демографічним прогнозом ООН чисельність населення України за середнім прогнозом зменшиться до 40 млн наприкінці 2021-х і до 36 млн на початку 2060-х. [72].

Кількість людей похилого віку в Україні перевищить 30 % населення до 2050 року - йдеться у звіті організації HelpAge International, оприлюдненому у Міжнародний день людей похилого віку, який відзначають 1 жовтня. Як заявила Сильвія Стефаноні, виконавчий директор HelpAge International, «Світ стрімко старіє: людей, старших 60-ти років, вже більше, ніж дітей до 5 років, а до 2050 року їх буде більше, ніж дітей до 15 років.

Авторський склад документів під назвою Global AgeWatch Index 2013, який охопив 91 країну світу, зазначає, що наразі у нашому світі проживає понад 900 мільйонів людей, яким вже виповнилося 60 років. Схожа ситуація чекає на інші країни Східної Європи. Це складає 89 % світового населення.

Україна опинилася на 66 місці рейтингу країн де індекс якості життя та добробуту людей похилого віку досить низький.

Серед найкращих також - Швейцарія, Нова Зеландія, США, Норвегія, Німеччина, Нідерланди, Канада, Ісландія та Японія.

Найгіршою країною для людей у похилому віці визнали Афганістан. Низькі показники мають також Малаві, Нігерія, Західний берег ріки Йордан і Сектор Газа, Танзанія, Пакистан, Руанда, Чорногорія, Гондурас і Марокко.

Таким чином, за результатами дослідження, країнами, у яких частка населення старшого віку зростає найбільш стрімко, є Нікарагуа, Лаос, Монголія, Йорданія та В'єтнам - до 2050 року літніх людей там побільшає втричі.

В цей же час, позиція в індексі не обов'язково залежить від рівня економічного розвитку країни. Приміром, за приблизно однакового рівня ВВП Шрі-Ланка із 36-ю позицією значно випереджає свого сусіда - Пакистан, який опинився на 89 місці. Найбільше впливає на це питання прогресивна соціальна політика держави. Країни Великої двадцятки розподілені по всьому рейтингу.

За словами розробників, для формування індексу були використані джерела з інформацією низки міжнародних організацій, включно зі Світовим банком, Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Міжнародною організацією праці та ООН.

Враховувались такі показники, як країни вирішують проблеми свого літнього населення: матеріальним забезпеченням, безпекою та станом здоров'я, можливостями працевлаштування і здобуття освіти і загальним ставленням до людей літнього віку у суспільстві [71].

Важливим аспектом соціальної політики щодо осіб похилого віку є відчуття міри їх соціальної підтримки. Але головною метою соціальної політики по відношенню до цієї категорії населення залишається збереження включеності літніх людей в суспільство. При цьому включеність поширюється на всі сфери соціального життя - трудову, культурну, соціальну і т.д.

Соціалізація населення похилого віку набуває в сучасних умовах все більш актуальний характер, оскільки в старіючому суспільстві роль представників старшого покоління об'єктивно збільшується в зв'язку зі зростанням їхньої активності.



## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

#### 2.1. Моделі державної політики у сфері охорони здоров'я

Загальновідомим є те, що рівень медичного обслуговування є показником добробуту країни в цілому. Стабільність системи охорони здоров'я є одним з головних завдань для будь-якої держави.

Держава із самого початку регулювала систему охорони здоров'я. Пов'язано це з тим, що програми і послуги, які надаються в системі охорони здоров'я, прямим чином впливають на здоров'я і життя людини. Державне регулювання діяльності закладів охорони здоров'я, включаючи питання ціноутворення і управління, спроби (що робилися в тому числі і в економічно розвинених країнах) повністю фінансувати охорону здоров'я за допомогою державного бюджету призвели до повільного і неповного впровадження сучасних методів і способів управління цією системою. Ці питання висвітлені у багатьох наукових дослідженнях, що дозволяє скласти досить глибоке уявлення про основні характеристики та особливості функціонування різних моделей охорони здоров'я різних країн.

Модель системи охорони здоров'я визначається цілями, співвідношеннями елементів системи та принципами, а також соціально-економічним становищем, традиціями, суспільним устроєм, політичним і культурними факторами, релігією, історією, іншими чинниками та системою спеціальних компенсаторів, характерною для кожної окремої країни.

Функціями охорони здоров'я є: формування ресурсів, спрямовуюче керівництво, фінансування та надання послуг. Цілі охорони здоров'я направлені на збереження та зміцнення здоров'я, чутливість (відповідь на очікування населення немедичного характеру), справедливий фінансовий внесок.

Існує певна класифікація систем охорони здоров'я:

1. *З переважно державним фінансуванням.* При цій системі, що функціонує переважно у країнах СНД, Великій Британії, скандинавських країнах можлива ефективна робота за умови достатньої кількості коштів у бюджеті державі.

2. *На засадах страхової медицини.* Такі системи виконують адресний збір коштів, формують фонди і надають гарантовані послуги через страхові поліси. Працює модель страхової медицини в різних фінансових умовах, вона 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. *Переважання приватної системи охорони здоров'я.* Вона можн ефективно працювати 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. Головні напрями реформування медичної сфери країни є розширення охоплення населення медичним страхуванням, підвищення доступності медичної допомоги.

Сьогодні існує безліч класифікацій систем охорони здоров'я, проте, як правило, експерти зводять їх до трьох класичних моделей:

- 1) Бісмарка (німецька);
- 2) Бевериджа (англійська);
- 3) Семашка (колишня радянська).

На сьогодні системи охорони здоров'я економічно розвинених країн повною мірою не працюють ні в одній з цих моделей. Реформи запозичують один у одного ідеї, окремі елементи та еволюціонують. Сучасні системи охорони здоров'я є гібридними, що часом важко сказати, яка модель взята за основу.

Першою державною системою охорони здоров'я історично була Німецька модель, створена канцлером Отто фон Бісмарком у 1881 році. Вона

опікувалася зміцненням здоров'я простих робітників, яких розглядали як потенційних військовослужбовців. Спочатку були створені фонди соцстраху, що оплачували витрати на лікування, видавали допомогу з безробіття, пенсії тощо, які поступово виділилися в лікарняні каси.

Континентальну модель в даний час використовують Бельгія, Люксембург, Німеччина, Австрія, Франція, Нідерланди. Відрахувань з заробітної плати та інших державних фондів фінансують цю модель, що складають близько 75 % сукупних витрат на охорону здоров'я.

У “південній моделі” (Греція і частково Італія, Іспанія, Португалія) фінансуються системи охорони здоров'я в значній мірі за рахунок внесків, пов'язаних із зайнятістю.

В рамках соціал-демократичної “скандинавської моделі” (Фінляндія, Швеція і Данія) фінансування охорони здоров'я та соціального захисту забезпечується в основному за рахунок прибуткового податку (що стягується як на національному, так і місцевому рівнях).

Однак, навіть у Швеції існує практика співоплат – країні з розвиненою державною (муніципальною) системою охорони здоров'я.

При отриманні медичної допомоги за межами програм, які фінансує з державний бюджет (обов'язкове страхування) розуміється, як приватна практика в більшості країн ЄС. В той же час, майже всі надавачі медичних послуг, а особливо при первинній медичній допомозі – самостійні юридичні особи, які на умовах контракту співпрацюють з фінансуючими структурами, як державними громадськими, так і приватними. Лише мала частка приватної медицини має фінансування через приватне медичне страхування, або пряму оплату пацієнтами медичних послуг.

В Нідерландах, в основному, виробниками медичних послуг є приватні організації (90 %), але винятком з цього є медичні організації, засновані місцевими органами влади, перед якими стоять певні завдання в галузі базової медичної допомоги та суспільної охорони здоров'я.

Також зміни у сфері охорони здоров'я відбуваються в Іспанії, де відбувається процес зміни фінансування охорони здоров'я та децентралізації управління при одночасній інтеграції всіх суспільних ресурсів в єдину загальнонаціональну систему охорони здоров'я. Здійснюється поступовий перехід до моделі більш орієнтованої на систему соціального страхування здоров'я, на частку якої зараз припадає понад 70 % всіх витрат на охорону здоров'я від податкової моделі (фінансування на 98 % здійснювалося з податків).

Профілактика, зміцнення здоров'я, реабілітаційна допомога додалися сьогодні до традиційних завдань розподілу пацієнтів, діагностики та лікування, а також завдання визначення потреб населення і планування всіх видів допомоги в межах району обслуговування [59, с. 65].

UNICEF (англ. United Nations International Children's Emergency Fund), Дитячий фонд ООН — міжнародна організація, що діє під егідою Організації Об'єднаних Націй, визнає, що смертність серед дітей на Кубі в 17 разів нижча, ніж у середньому в світі [72]. У 1990-ті роки Куба витратила на охорону здоров'я близько 9,1 % бюджетних коштів. У країні має місце найвище в світі число лікарів на душу населення (5,3 на 1000); 80 % лікарських засобів країна виробляє сама [64].

Галузь охорони здоров'я у III тисячолітті має глобальні проблеми. Кінець XX ст. відзначився зміною парадигми здоров'я, збільшенням тягаря хвороб і потреб у послугах охорони здоров'я колективного та індивідуального характеру, епідеміологічним переходом від інфекційного до переважно неінфекційного типу патології. 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.

Основні досягнення у сфері охорони здоров'я у III тисячолітті:

- поява генної медицини;

- винайдення нових поколінь ліків;
- середня тривалість життя зростає;
- багато інфекційних хвороб були переможені;
- розвиток сучасних медичних технологій;
- високий професіоналізм медичного персоналу;
- вихід профілактичних технологій на новий рівень;
- збільшення валового внутрішнього продукту (далі – ВВП) на охорону здоров'я;
- підвищення рівня життя в цілому.

Це безумовно позитивні досягнення, але одночасно з цим перед медициною постають і *нові виклики*:

- епідемія хронічних неінфекційних захворювань;
- зростання поширеності чинників ризику;
- різке постаріння населення;
- зростання агресивності чинників навколишнього середовища;
- поява резистентності мікроорганізмів;
- проблеми з фінансуванням 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.

Суттєво зростає за останні 100 років середня очікувана тривалість життя (далі - СOTЖ). 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 СOTЖ досягла 82 років. Населення віком понад 65 років у світі значно зросло. 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, проблема нерівності у доступі до медичного обслуговування стає надзвичайно актуальною.

У зв'язку з нездоровим способом життя, незбалансованим харчуванням, низькою фізичною активністю – сучасний світ переживає справжню епідемію хронічних неінфекційних захворювань.

Смертність від захворювань 7 груп — серцево-судинних, онкологічних, хронічних респіраторних, цукрового діабету, ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та малярії - становить 60 % у загальній структурі смертності.

Зростання кількості населення і підвищення потреб у медичній допомозі, подовження середньої очікуваної тривалості життя, що веде до поширення хронічної патології – це проблеми з якими системи охорони здоров'я стикаються сьогодні. Іншою складовою цього питання є те, що зростання ВВП на душу населення призводить до підвищення вимог до якості медичної допомоги, залучення нових медичних технологій, що, відображається у збільшенні вартості послуг.

*Економічні проблеми охорони здоров'я.* Неможливість прогнозування часу виникнення потреби в медичних послугах та їх відстрочки, висока вартість послуг охорони здоров'я, необхідність оплати в момент отримання послуги, що може призвести до відмови від послуги – це все може призвести до зубожіння населення, що зумовлює необхідність фінансового захисту та розподілу ризиків.

Щорічно у світі 150 млн людей несуть великі фінансові витрати, пов'язані з охороною здоров'я, 100 млн осіб опиняються за межею бідності. Проблема прямих платежів є дуже великою в системі охорони здоров'я. У 33 країні, де найбільш низькі доходи частка прямих платежів становить до 50%.

Вважається, що частка прямих платежів 15–20 % зменшує ймовірність фінансової катастрофи і зубожіння. Суттєве випередження зростання витрат на охорону здоров'я є основною проблемою усіх систем охорони здоров'я в порівнянні з темпами зростання ВВП. ВООЗ вважає, що 20–40 % фінансових ресурсів охорони здоров'я у світі витрачаються неефективно.

Фінансування охорони здоров'я після проведеного нами аналізу дозволяє сформулювати сучасну формулу, яка передбачає:

- покривання не менше 70% витрат - коштами фондів;
- менше 5% - приватним медичним страхуванням;
- не більше 15–20% - прямими платежами.

*Кадрові проблеми.* Сьогодні ставить виклики також з нестачею медичних кадрів у галузі – наразі у світі задіяні 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.

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

*Екологічні загрози.* Наслідки інтенсивної експлуатації еко- систем, а саме: масивне забруднення навколишнього середовища, зміна клімату чинить негативний вплив на здоров'я – це призводить до підвищення рівня екологічно залежних захворювань, великих медичних та соціально-економічних збитків для суспільства.

*Первинна допомога і профілактика.* Цитата Маргарет Чен: «Розвиток ПМСД - ключовий елемент для досягнення прийняттого рівня здоров'я для всіх людей у цьому світі». Пріоритет первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) є головним принципом надання медичної допомоги, адже 75% населення звертається саме за первинною допомогою. ПМСД - це невід'ємна складова національної системи охорони здоров'я, яка виконує її головну функцію (Алма-Атинська декларація з ПМСД).

Однак ставлення все ще недостатньо серйозне до профілактики – найбільш ефективного способу збереження здоров'я – 2 % витрат виділяється в Україні на профілактику.

*Проблема доступності.* Якість медичних послуг і доступність – це стратегічні цілі функціонування усіх систем охорони здоров'я. Проте значна частина населення стикається з складнощами при отриманні послуг охорони здоров'я. Відомий факт, що жінки з бідних 20 % населення у 20 разів рідше отримують кваліфіковану допомогу при пологах, ніж заможні.

Витрати на транспорт складають 10 % витрат громадян на медичне обслуговування. 11 % людей у світі мають складнощі з доступом до медичної допомоги, 5 % — зазнають зuboжіння при оплаті медичного обслуговування.

*Проблеми якості.* Якість надання послуг в охороні здоров'я відіграє важливу роль. На якість медичної допомоги впливають дієвість, результативність, безпека, своєчасність, адекватність, доступність, наступність і безперервність, задоволеність потреби та очікувань, стабільність процесу та результату, постійне вдосконалення та поліпшення. Контролю якості надання медичної допомоги у різних системах охорони здоров'я та у різних країнах приділяється багато уваги.

Узагальнюючи проблеми, після короткого огляду моделей систем охорони здоров'я, можна визначити такі особливості:

- фінансується медична допомога робітникам, службовцям та членам їх сімей виключно за рахунок підприємців;
- можливість вільного вибіру застрахованою особою лікаря і лікувально-профілактичний заклад, що в свою чергу сприяє конкуренції і поліпшує якість медичної допомоги;
- фінансування відбувається з трьох основних джерел: частка від доходів підприємців, частка з державного бюджету та страхові внески населення;
- розвинена система добровільного страхування.

Економічно розвинені країни прагнуть досягти ідеальні політичні цілі в галузі охорони здоров'я, серед яких:



- макроекономічна ефективність;
- мікроекономічна дієвість (ефективність);
- свобода вибору для споживача;
- забезпечення адекватності допомоги та справедливості при забезпеченні доступу до послуг;
- захист доходів пацієнтів;
- автономія для постачальників послуг.

Еволюційний розвиток дослідники пов'язують з ослабленням державних функцій щодо забезпечення медичного обслуговування абсолютної більшості національних європейських систем охорони здоров'я і прогнозують появу соціальних інститутів, що будуть здійснювати організацію та управління споживанням медичної допомоги.

Таким чином модернізацію національних систем охорони здоров'я в ХХІ столітті будуть визначати три найбільш значущі тенденції:

- розвиток і пріоритетність ринкових відносин суб'єктів системи охорони здоров'я;
- уніфікація стандартів у сфері надання медичних послуг на міжнародному рівні;
- рішення специфічних внутрішніх проблем з регулювання видатків, необхідних на покриття медичного обслуговування населення.

## **2.2. Риси та особливості старіння населення в Україні**

Сьогодні існує безліч соціально-демографічних і психологічних теорій старіння населення. Старість як соціально сконструйований феномен надає підстави аналізувати тісний взаємозв'язок вікових і соціальних змін.

Часто слугує критерієм старості хронологічний вік, який часто не має безпосереднього впливу на фізичний та ментальний стан особи. Але хронологічний вік значно впливає на взаємодію у суспільстві та реалізацію можливостей літніх людей у соціально-економічному житті.

Існують відмінні уявлення про початок, тривалість, кінець певних етапів життєвого циклу (у тому числі й старості) в різних суспільствах в різний час та навіть у різних групах одного суспільства, про їх змістовне наповнення, наявні резерви та потенціал подальшого розвитку.

Дати обґрунтовані пояснення всім особливостям старіння та охопити усі аспекти старіння та його наслідків та на жаль, жодна з відомих теорій старіння неспроможна. Це додатково підкреслює складність досліджуваного процесу, різноманітність його проявів, подеколи - неможливість передбачити наслідки. У дослідженні було використано як методологічне підґрунтя положення доктрини «перспективного віку», положення теорій вікової стратифікації, структурної залежності та ін.

Встановлено, що соціально-економічні наслідки старіння тісно пов'язані між собою. Концептуальна основа дослідження це усвідомлення старіння населення, як природній глобальний процес, який буде істотно чинити вплив на людство у XXI сторіччі та спричинить нові виклики для соціального й економічного прогресу. У цій системі виник синергетичний ефект взаємозв'язку, при якому пом'якшення кожного з наслідків буде зумовлювати позитивний вплив щодо інших факторів.

Наприклад, повнішому використанню трудового потенціалу літніх осіб сприяє збереження здоров'я та працездатності, стимулювання подальшого розвитку освіти упродовж життя, полегшення інтеграції літніх у суспільство. Постаріння людства має не тільки негативні економічні наслідки, воно створює додаткові можливості для суспільного розвитку у різних сферах: у системі освіти - внаслідок розширення можливостей ретрансляції знань і досвіду літніх та культурних цінностей; у сфері зайнятості - через розширення сфери прикладання праці у медичному обслуговуванні й довготривалому догляді, соціальному забезпеченні; у межах інституту сім'ї - через участь літніх у догляді й вихованні онуків, посилення міжпоколінної кооперації тощо.

У складі літнього населення переважають жінки – це є однією з особливостей старіння у нашій країні – вагома гендерна асиметрія. Статеві

відмінності постаріння зумовлені вагомим розривом у тривалості життя «на користь» жінок. Невисоку частку довголітніх осіб попри загалом високий рівень постаріння має Україна. Наша країна має відставання від розвинених європейських країн за тривалістю життя і невисоким рівнем дожиття до «порогу довголіття», яким вважається вік 80 років.

Оцінка рівня постаріння чоловіків і жінок в Україні з еталонними європейськими країнами при використанні підходу, що ґрунтується при вираховуванні очікуваної тривалості життя у старечому віці, відповідно до доктрини «перспективного віку», було показано, що Україна, де межа старіння (вік, у якому очікувана тривалість майбутнього життя не перевищує 15 років) значно нижче, ніж у порівнянні з розвиненими країнами, це вирізняє, на їх тлі, підвищеною часткою похилого населення (особливо серед жіночого населення).

На тлі інших європейських країн динаміка тривалості життя у похилому віці, досягнена нашою країною у забезпеченні довголіття жінок та чоловіків є незначною. В Україні не втрачає гостроти і значущості проблема скорочення смертності у «ранньому пенсійному» віці. Чіткіше виражена тенденція концентрації смертей в українських жінок, ніж у чоловіків, у старших вікових групах.

Найбільш поширеною і переважаючою причиною смерті літніх осіб в Україні є хвороби системи кровообігу, від яких, згідно з офіційною статистикою, помирає понад 3/4 жінок і дещо менше ніж 3/4 чоловіків віком 60 років і старше. Перевищення рівня смертності є типовим для чоловіків над таким у жінок за основними причинами смерті у більшості вікових груп, за винятком найстаршої групи осіб (понад 85 років). Статеві відмінності у рівнях смертності зменшуються при переході до старших вікових груп.

Серед інших виявлених резервів - скорочення смертності від злоякісних новоутворень репродуктивних органів та молочної залози, а також частоти смертельних випадків ушкоджень з невизначеним наміром, самогубств, смертей при отруєннях та дії алкоголю, при дорожньо-транспортних пригодах.

При цьому маємо зауважити, що зниження частки смертей від хвороб серцево-судинної системи у молодших вікових групах літніх жінок та чоловіків є в Україні головним чинником збільшення тривалості життя у старечому віці.

Профілактика захворювань протягом усього життя є однією з найважливіших умов підтримання здоров'я у поважному віці, спроби населення щодо покращення здоров'я та при наявності рівного доступу у людей похилого віку до охорони здоров'я й медичних послуг. Понад дві третини жінок та майже половина чоловіків вказали серед респондентів обстеження літніх осіб, що вони піклуються про своє здоров'я та ведуть здоровий спосіб життя. В той же час, майже 1/5 жінок та понад 13 % чоловіків визнають, що вони не можуть назвати свій спосіб життя здоровим. Серед засобів, які піклуються про своє здоров'я та профілактики захворювань чоловіки частіше вказують на фізичну активність та загартовування, а жінки частіше вживають вітаміни або ліки та регулярно проходять медичне обстеження.

Оцінюючи шкідливі звички та інші ризики для свого здоров'я, чоловіче населення частіше зловживають алкоголем та мають тютюнокуріння, а літні жінки найчастіше вказують на стрес та гіподинамію. Профілактика та раннє виявлення хвороб серед літніх осіб в Україні є недостатньо поширеною практикою при звертанні до медичних закладів. Найвагоміша частка літніх респондентів визнає, що відвідування профільних лікарів відбувається лише у разі хвороби.

Доступність кваліфікованої медичної допомоги для літнього населення є серйозною проблемою в Україні. Літні особи найчастіше потерпають від неспроможності оплатити лікування в стаціонарі або життєво необхідну операцію, неможливість оплатити ліки та медичне приладдя тощо. Саме позбавлення у сфері охорони здоров'я є найпоширенішим видом депривацій, від яких потерпають старші особи, при цьому найбільш уразливими є жінки похилого віку, які проживають самотньо.

Для сільських мешканців проблема територіальної недоступності медичної допомоги для літніх є досить актуальною, але менш гострою, ніж проблема фінансової недоступності медичних послуг.

Пенсія є основним джерелом доходів у літніх людей. За рахунок меншого страхового стажу (передусім внаслідок нижчого пенсійного віку для жінок) формується гендерний розрив за розміром пенсій та істотно нижчого розміру жіночих зарплат через сегрегацію зайнятості, концентрацію жіночої робочої сили у низькооплачуваних секторах економіки.

Позитивно вирізняється на тлі інших типів домогосподарств споживання продуктів харчування літніми українцями. Усупереч поширеному стереотипу про недостатність харчування літніх людей, саме для їхніх домогосподарств характерні найвищі середньодобові показники споживання продуктів: лише по фруктах спостерігається недоспоживання з десяти основних груп продуктів. Відсутність різноманіття має місце в щоденному раціоні.

Нерухомість є найбільшою частиною в структурі нематеріальних активів літніх людей. У власному житлі мешкає переважна більшість літніх людей, але кількісна характеристика цієї нерухомості у містах і селах є вищими від середніх по країні. Проте незважаючи на високий показник володіння окремим житлом, неможливо стверджувати, що люди похилого віку не потребують покращення житлових умов: здебільшого незадовільним є технічний стан наявного житла.

Щодо ризику бідності літні особи належать до вразливих контингентів населення, хоча на загальнодержавному тлі ситуація виглядає задовільною. Рівень відносної бідності серед домогосподарств пенсіонерів є стабільно нижчим від середнього на 5-7 відсоткових пункти, абсолютній бідності запобігає підтримання мінімальної пенсії на рівні прожиткового мінімуму. Однак істотно збільшують ризики бідності для літніх людей обмеженість джерел доходу у більшості випадків виключно пенсійною виплатою із солідарної системи та наявність специфічних потреб, пов'язаних з віком (лікування та інша кваліфікована допомога).

Бідним є кожне восьме пенсіонерське домогосподарство за абсолютним критерієм (сукупні еквівалентні витрати менші за прожитковий мінімум); третина домогосподарств з подвійним демоекономічним навантаженням та 14,7 % домогосподарств однаків віком понад 60 років. Навіть за одним із міжнародних критеріїв, розрахованим Світовим банком, за яким ситуація в Україні є доволі благополучною (у середньому рівень бідності становить 1,7 %), бідними є 2,9 % домогосподарств з дітьми та літніми жінками. За іншими критеріями бідними є 85,7 % складних домогосподарств, у той час, як у середньому по країні цифра становить 73,2 %.

Протилежні тенденції має рівень бідності за деприваціями: вдвічі перевищують аналогічні показники багатопокілних домогосподарств показники, що характеризують домогосподарства жінок-одиначок. Це пов'язано насамперед з кращою забезпеченістю домогосподарств з дітьми товарами тривалого користування (передовсім такими як холодильник і телевізор), кращими якісними характеристиками житла тощо.

Загалом серед домогосподарств з осіб віком понад 60 років не мають ознак соціального виключення 40 % (що майже відповідає середньому значенню по Україні), понад 70 років - 36,9 %. Слугує чинником захисту від ризиків деприваційної бідності спільне проживання двох і більше літніх осіб. Ризики деприваційної бідності для жінок є щонайменше у півтора рази вищими, ніж для чоловіків: бідним (тобто таким, що має 5-6 ознак позбавлень) є кожне десяте домогосподарство чоловіків-одинаків та кожне шосте «жіноче». І лише спільне проживання з дітьми та особами молодших вікових контингентів «урівнюють» чоловіків та жінок щодо рівня бідності за позбавленнями.

Обмежені можливості доступу до послуг соціальної інфраструктури є найбільш вагомим аспектом позбавлень. У містах ситуація істотно краща ніж у селах, з цією проблемою стикаються переважно сільські мешканці. Економічною нерівністю спричинена частина проблем: за рівнем доходів сільські мешканці суттєво поступаються міським, отже мають менше

можливостей за потреби оплатити дороге лікування, купити медичне приладдя тощо.

Відсутність закладів, що надають відповідні послуги є іншим чинником у сільських населених пунктах, відсутність регулярного транспортного сполучення із населеним пунктом, незабезпеченість наявних закладів профільними спеціалістами, де можна отримати необхідні послуги чи придбати потрібні товари.

Старіння населення та інші демографічні зміни у сучасному світі призводять до зростання ролі трудового потенціалу літніх людей. Основу конкурентоспроможності на ринку праці у літніх працівників зумовлює - передусім кваліфікація, практичні навички та досвід. Несхильність літніх людей до навчання та сприйняття нового – це упередження щодо літніх, які формують підґрунтя для вікової дискримінації на ринку праці. Особливо уразливі до такої дискримінації літні жінки, що є наслідком кумулятивного ефекту гендерної нерівності упродовж всього життя.

Багато літніх осіб полишають роботу одразу після досягнення пенсійного віку, попри поширені уявлення про мізерні пенсії. Соціологічне опитування показало, що навіть серед респондентів віком 60-64 років 80 % не хочуть працювати. У мотивації літніх людей щодо зайнятості, з'ясовано також, що матеріальні стимули відіграють важливу, але не головну роль.

Навіть серед матеріальних чинників частіше називали бажання мати додатковий дохід для себе або для того, щоб допомогти дітям/онукам, аніж необхідність забезпечення власного виживання. Отже, матеріальна скрута не настільки обумовлює зайнятість пенсіонерів, як звикли вважати.

Значний вплив «нормативно схвалених» стандартів поведінки людини у пенсійний період життя, низький рівень суспільного сприйняття старості як періоду подальшого розвитку людини, збагачення її здібностей, досвіду, вмінь формує специфіку соціальної ролі літньої людини в українському суспільстві.

Врахування у процесі розробки соціальної політики потребує розбіжність між хронологічним віком та самооцінкою свого віку, як показало соціологічне

опитування, що у значної частини літніх респондентів це спостерігається. Самоідентифікація відрізняється від того образу літньої людини, що «приписується» суспільними очікуваннями з огляду на вік.

### **РОЗДІЛ 3**

## **ОСНОВНІ НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ**

### **3.1. Напрями удосконалення державної політики щодо охорони здоров'я осіб похилого віку**

До 2050 р. за прогнозами експертів ООН, кількість осіб похилого віку становитиме понад третину від загальної чисельності населення планети, а вже до 2022 р. кількість населення віком від 60 років буде понад 1 млрд (UNFPA). Таким чином, людство старіє все стрімкіше: чисельність населення буде підтримуватись в більшості не за показників народжуваності, а за показники тривалості життя, а до середини 21 століття населення похилого віку буде більше, ніж дітей молодше 15 років.

У суспільстві спрацьовують механізми стигматизації та самостигматизації, а також навіть дискримінації осіб літнього і похилого віку: особам віком понад 45 років відмовляють у працевлаштуванні, наданні кредитів, оформленні медичної страховки і т.п. Наразі збільшення тривалості життя є результатом кардинальних соціально-економічних змін із відповідним подовженням потенціально працездатного періоду в житті людини, частиною яких постають досягнення сучасної медицини. Разом із тим деякі дослідження описують «хвороби» які виникли при швидкому збільшенні тривалості життя, в цих випадках старість сприймають насамперед як «втрату важливих життєвих потенціалів» [59].



Певні особливості мають хворобливі прояви в осіб похилого та старечого віку. Поліморбідність — одночасна наявність в одного пацієнта кількох соматичних захворювань, часто поєднаних із розладами психіки постає найбільш складною проблемою в курації таких хворих. Хронічний перебіг зі стертою клінічною симптоматикою мають ці хворобливі стани, що зумовлює пізні звернення пацієнта похилого віку за медичною допомогою.

Політерапію на фоні зміненої під віковим фактором впливу фармакодинаміки і фармакокінетики лікарських засобів потребує у свою чергу, наявність кількох захворювань із різним патогенезом. Звернення пацієнта до різних лікарів (невролог, кардіолог, терапевт, сімейний лікар і т.п.) із приводу симптоматики, обумовленої атеросклерозом, процесами атрофії мозку, апоптозу нервових клітин, урешті-решт нерідко призводить до поліпрагмазії (надлишкового призначення медикаментів лікарем) у поєднанні з фармакоманією (неадекватним прагненням до прийому ліків, що можуть спричинити розвиток медикаментозної залежності). Актуальною проблемою саме для України є проблема надмірного вживання особами похилого й старечого віку безрецептурних ліків, що містять барбітурати.

Страх будь-якої особи перед старінням організму з точки зору психології є цілком нормальним, а думки про обов'язковість смерті час від часу засмучують і здорових людей, далеких від похилого віку. Страх старості стає причиною погіршення сну та апетиту, викликає тривожність, серцебиття, підвищення тиску тощо.

Складний перебіг та несприятливий прогноз хвороб зумовлюють складне поєднання особистих, побутових, соціальних та медичних проблем в осіб даної вікової категорії, що негативно впливає на стан психічного та фізичного здоров'я.

18% осіб серед населення віком від 70 років понад потребують щоденної соціально-побутової допомоги в Україні; 82 % приймають ліки постійно; серед людей, старших за 80 років, 20 % необхідна спеціалізована психіатрична допомога [16].

Поступово погіршується стан здоров'я населення похилого віку в Україні: поширення захворювань серед осіб, старших за працездатний вік, зросло за останнє десятиріччя майже на третину. Причому Україна майже не відрізняється від країн ЄС за рівнем смертності осіб старечого віку від усіх зовнішніх причин, то даний внаслідок самогубств показник перевищує такий по ЄС в 1,6 раза, а внаслідок убивств — більше ніж у 7 разів [24]. У віці 80–84 роки спостерігається найвищий рівень самогубств, а серед чоловіків похилого і старечого віку в 4–5 разів більша смертність за жіночу внаслідок суїциду. Медико-психологічні наукові роботи в Україні свідчать, що провідним фактором суїциду серед людей похилого віку стає їх соціальна ізоляція: живуть самотньо майже половина тих, хто скоює самогубство [1, 32].

Питання здорового старіння та активного довголіття вже доволі тривалий час знаходяться у полі зору як міжнародних, так і національних інституцій. У концепції здорового старіння існує кілька таких практично значущих аспектів:

- вона визнає головне право кожної людини, незалежно від віку та статі, мати найвищий можливий рівень фізичного і психічного здоров'я;
- вона акцентує увагу на недоліках та неефективності щодо якості медичних послуг та доступу до них (у т.ч. для літніх), включаючи профілактику (на всіх рівнях - первинному, вторинному та третинному);
- вона відповідає на зростаючі потреби та очікування старіючого населення щодо більш ефективного сприяння зміцненню здоров'я і підтримку само- та взаємодопомоги допомоги у питаннях збереження здоров'я, включаючи вдосконалення соціальних і медико-санітарних послуг;
- заходи які забезпечують здорове старіння повинні взаємодіяти зі стратегіями соціального захисту, спрямованими на запобігання все ще поширеного високого ризику бідності серед літніх людей;
- стати внеском у стабільність систем охорони здоров'я та соціального захисту має підтримка здорового старіння населення, зокрема, даючи можливість населенню похилого віку залишатися активними у своєму житті, бути автономними і повністю інтегровуватись у суспільство.

Відображена в діяльності ВООЗ можливість пристосувати політику деяких країн у сфері охорони здоров'я до потреб все більш старіючого населення. Сучасна політика у цьому питанні загалом підтримує комплексний план та направлена на забезпечення надійного рівня здоров'я впродовж цілого життя людини, – такий висновок можна зробити розглянувши підхід до формування політики у галузі охорони здоров'я стосовно людей похилого віку. «Стратегія та план дій на підтримку здорового старіння в Європі у 2012–2020 рр» – 2012 р. ВООЗ розроблені рекомендації з модернізації політики здорового старіння для країн Європейського регіону, що викладені в документі.

Рекомендації побудовано таким чином: визначаються три основних (стратегічних) напрями формування і розвитку політики відносно людей похилого віку в сфері охорони здоров'я, а також більш близькі до практичних дій «втручання» – основні та додаткові. Рекомендації 2012 р. є логічним продовженням попередньої спроби (2002 р.) створити документ рекомендаційного характеру, що був би прийнятним для усіх країн Європи.

Відсутність профілактичних (попереджувальних) настроїв до свого здоров'я серед населення України є першим стратегічним напрямком, який покликаний боротись з доволі актуальною для України проблемою. (див. Рис. 3.1).



Рисунок 3.1 Стратегічні напрями політики держави відносно людей похилого віку в сфері охорони здоров'я

Напрямок було сформульовано як: необхідність забезпечити здорове старіння таким чином, щоб турбота про власне здоров'я була впродовж усього життя. Важливість забезпечити галузь охорони здоров'я та здоровий спосіб життя на всіх вікових категоріях життя людини – відображає цей напрямок, а також покликаний допомогти населенню прийняти ідею про орієнтацію на особисте здоров'я та стратегії стилю здорового життя на початковому етапі життя та сприяти адаптації до вікових змін.

Завданням напрямку є - послуги зі зміцнення здоров'я і профілактики захворювань для формування здорового старіння, загострюючи увагу на людях у віці 50 років і старше.

Другим стратегічним напрямком є сприяння у забезпеченні дружнього середовища для людей літнього віку на місцевому рівні громад. Напрямок повинен сприяти зростанню ролі органів місцевого самоврядування та місцевих неурядових організацій у формування та реалізації політики підтримки населення похилого віку.

Завданням цього стратегічного напрямку є залучення якомога великої частки суб'єктів (об'єднань громадян, місцевих органів влади та соціальної сфери) до процесу розробки політики охорони здоров'я на місцевому рівні, створенню тенденцій, які сприяють збереженню здоров'я та умовам життя літніх людей.

Проблемою втілення цього напрямку в умовах України є низький рівень самостійності регіонів та місцевих громад у прийнятті рішень щодо власних дій у втіленні соціальних або інших ініціатив. Традиційною, на жаль, є низька активність неурядових організацій на рівні громад, бо при залученні яких

можна було б досягти більш цілеспрямованої діяльності при вирішенні проблем населення старечого віку.

Третій стратегічний напрям сформульований як: пристосування до потреб старіючого населення системи охорони здоров'я і тривалого догляду за людьми літнього віку. На цій проблематиці уже неодноразово наголошувалось й у дослідженнях вітчизняних вчених, зокрема з Інституту геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова.

Серед основних проблем: підготовка необхідної кількості фахівців належного рівня, надання можливостей доступу до якісних послуг широким літнього населення та, зокрема, подолання перешкод у доступі до якісних послуг охорони здоров'я, боротьба з дискримінацією за віком та дефіцитом інформації.

Однак були запропоновані також й деякі практичні кроки, які спрямовані на втілення політики у галузі охорони здоров'я з урахуванням потреб літніх людей.

Зазначимо, що пріоритетне сприяння фізичній активності людей похилого віку, уникнення та допомога при падіннях, підтримання догляду (у різних видах) за похилими людьми є надзвичайно актуальними для України.

Перелік пріоритетних дій політики у сфері охорони здоров'я з урахуванням потреб літніх людей див. Рис. 3.2.

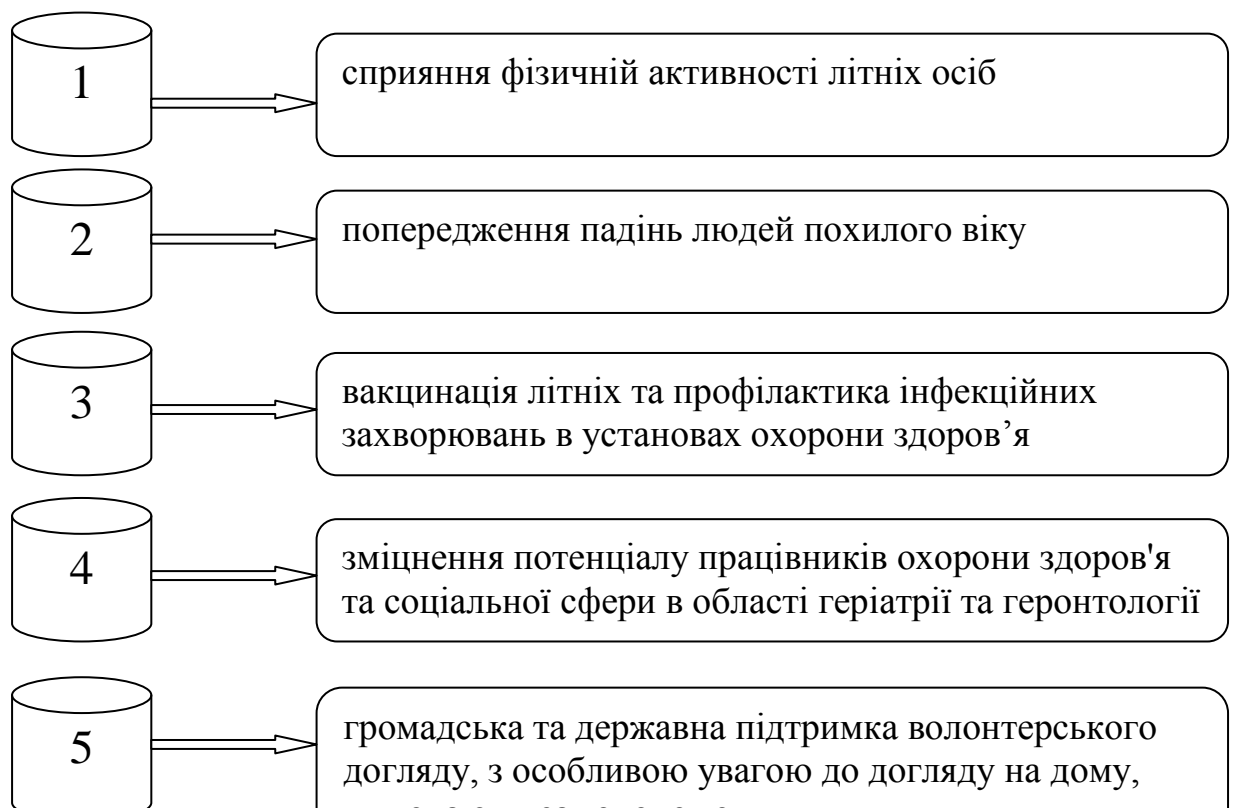


Рисунок 3.2 Пріоритетні дії політики у сфері охорони здоров'я з урахуванням потреб літніх людей

Питання фізичної активності людей похилого віку не належить до тих проблем, які вважаються пріоритетними для політики відносно людей похилого віку в Україні, проте саме це є однією зі складових успішного активного старіння населення й необхідно, щоб у майбутньому цьому питанню приділялось відчутно більше уваги, ніж це має місце на сьогодні.

ВООЗ визначила шляхи для покращення національних політик у цій діяльності:

- посилення співпраці та обмін досвідом, методиками передових знань щодо зростання фізичної активності серед літніх людей, задля сприяння реалізації та оцінці цих заходів;
- реалізація цільових програм на місцевому рівні задля покращення фізичного стану та активностей серед літніх осіб;
- створення рекомендаційних настанов для інформування та збільшення фізичної активності в усіх установах охорони здоров'я та соціальної допомоги, що обслуговують літніх людей ( з особливою увагою до потреб людей, що ведуть сидячий спосіб життя), та зосередження активної пропаганди фізичних активностей обмеженої інтенсивності (зокрема, ходьба);
- підтримка місцевих органів влади у створенні мотивуючого середовища та інфраструктури, що сприяє фізичній активності людей різного віку (зокрема, це стосується і транспорту).

Значна відповідальність за реалізацію такого роду програм потенційно має лягти на органи місцевого самоврядування, які мають більші можливості вирішувати проблему активності людей похилого віку на рівні місцевих громад.

Ще одним із пріоритетів для практичних кроків є попередження падінь людей похилого віку, метою яких є скорочення захворюваності та інвалідності, зумовлених випадковими падіннями у літньому віці, а необхідними діями є:

- підвищення обізнаності населення про чинники падіння та про ефективні профілактичні заходи, які здатні запобігати випадковим падінням осіб літнього віку;
- запровадження програм фізичних вправ, фізіотерапії та тренувань для підтримання рівноваги, а також проведення спеціально підготовленими працівниками оцінки безпеки у будинках та внесення відповідних коректив за її результатами;
- розширення доступу до профілактичних заходів груп літніх осіб з високим ризиком травмувань;
- підвищення „санітарної грамотності” літніх людей, їх родичів та об'єднань добровільних помічників,
- необхідність акцентувати увагу на проблемах літніх людей служб з охорони здоров'я, що працюють на місцевому та державному рівнях.

Від здобуття незалежності в Україні впроваджувались деякі програми для сприяння зі збереження стану здоров'я осіб похилого віку, так, з 1997 по 2002 р. працювала комплексна державна програма «Здоров'я літніх людей». Беручи до уваги результати її виконання можна сказати, що найбільш успішною стала реалізація заходів щодо організаційно-правового, науково-методичного та інформаційного забезпечення здоров'я літніх людей, до відсутності прогресу призвело хронічне недофінансування складової власного поліпшення здоров'я літніх, а також умов проживання, соціального захисту та харчування.

Крім того, у нашій країні діяли певні регіональні програми, спрямовані на збереження здоров'я літніх людей. Зокрема, Міжгалузева комплексна програма

«Здоров'я киян» на 2003–2011 рр. містила розділ «Збереження здоров'я в старості».

«Здоров'я 2020: український вимір» це розроблена на сьогодні концепція програми, де активно приділяється турбота про здоров'я літніх осіб.

При зростанні потреб у медичній допомозі та медичних робітниках, які надають допомогу, виникає навантаження на медичну галузь, бо прогресуюче постаріння населення неминуче веде до збільшення поширеності хронічної патології серед населення.

Помилки або неякісна первинна медико-санітарна допомога літнім особам в Україні призводить до формування надмірної потреби цього контингенту в госпіталізації. З іншої сторони, недостатня профілактика, передусім вторинна, бо при переході у старші групи детермінуються важливі проблеми зі здоров'ям і необхідність довготривалого догляду у майбутньому. Покращення стану здоров'я та профілактика захворювань на протязі цілого життя може попередити та запобігти їх подальшому виникненню. Однак, в Україні не відповідає сучасний рівень надання медичної та соціальної допомоги літньому населенню його реальним потребам.

Проблема розвитку паліативної та хоспісної допомоги щорічно у нашій країні стає все більш актуальною, дуже гостро відчувають це самотні хворі, або ті, родина яких не може надати необхідний догляд.

Однак в Україні наразі надто великим є розрив серед потреб у хоспісі і реальною кількістю хоспісних ліжок: міжнародні експерти розраховали потребу у них, яка є більшою у 4-5 разів, також велика частка пацієнтів з термінальними стадіями захворювань потребують хоспісної допомоги вдома. Впродовж останнього часу розроблено проект концепції Державної цільової програми розвитку хоспісної та паліативної допомоги, проводиться організація підготовки соціальних та медичних працівників і волонтерів, реформується до- і післядипломна геріатрична освіта, створена система інформаційної підтримки.

Передбачене покращення роботи установ медико-соціальної допомоги, яким необхідно мінімальне діагностичне та лікувальне обладнання, при



реформуванні системи охорони здоров'я в Україні, а обслуговування пацієнтів буде забезпечуватись переважно сестринським персоналом. Мета - забезпечення опіки та покращення якості життя серед хронічних хворих, де значну частину займають особи похилого віку.

Ще одним актуальним напрямком є розбудова мережі закладів для надання психологічної підтримки та паліативної допомоги безнадійно хворим, які потребують спеціального оснащення для надання догляду і допомоги, підготовлених працівників серед середнього і молодшого медичного персоналу та широке залучення волонтерів.

Загалом, незважаючи на певні досягнення, в Україні до проблем і потреб літніх людей у сфері охорони здоров'я має місце брак уваги, особливо в умовах теперішнього стану здоров'я населення й актуальність проблеми старіння населення у найближчій і середньостроковій перспективі.

### **3.2. Пріоритети забезпечення здоров'я та благополуччя громадян похилого віку**

Чинники загального характеру (див. рис. 3.3.) спричинили низьку якість життя серед населення похилого віку, зростання соціально-економічних проблем, причиною яких є старінням населення, також, сучасне погіршення економічної складової істотно впливає на фінансову можливість дотримання соціальних зобов'язань, відсутність цілісної стратегічної програми яка націлена на вирішення проблем громадян старечого віку та їх участь у забезпеченні сталого розвитку країни.

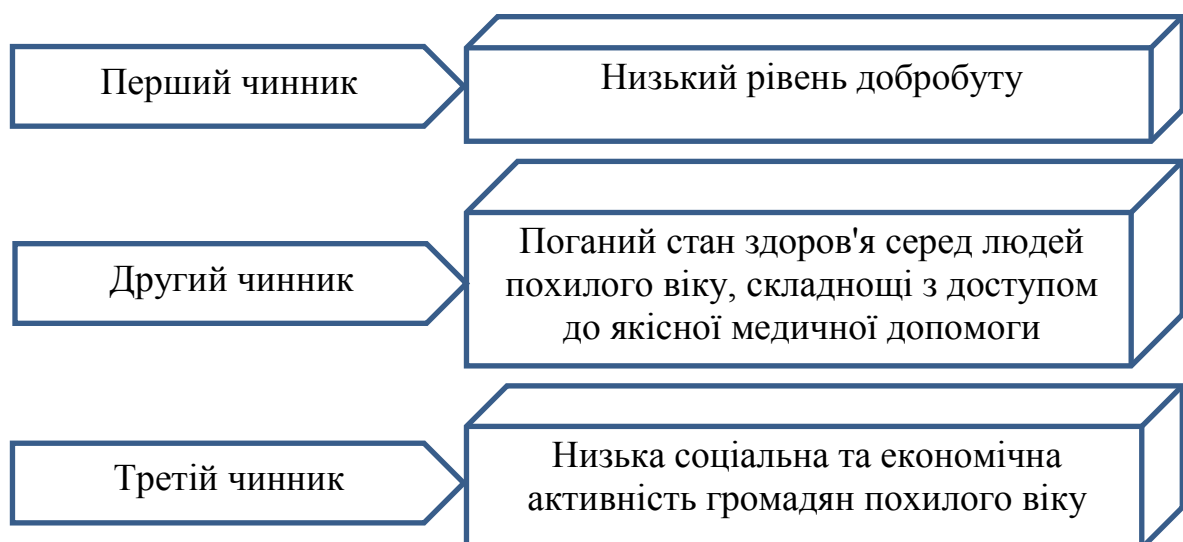


Рисунок 3.3 Чинники загального характеру, що зумовлюють проблеми громадян похилого віку

До першого чинника - низького рівня добробуту відносять:

- недостатність пенсійним забезпеченням, проблемами у системі державних гарантій і соціальних стандартів;
- програми, що створені для виявлення певних проблем громадянина або його сім'ї, які направлені для вирішення проблем – відсутні, комплексна адресна соціальна підтримка громадян похилого віку не проводиться;
- щодо можливостей участі в програмах соціальної підтримки спостерігається низька поінформованість громадян похилого віку, у тому числі тих, що здійснюються недержавними організаціями;
- потенціал людей старечого віку як великий контингент споживачів зі стабільними і прогнозованими потребами значно недооцінений, урахування якого відкриває нові можливості для розвитку внутрішнього споживчого ринку.

До другого чинника – незадовільного стану здоров'я громадян похилого віку та низької доступності якісної медичної допомоги відносять:

- реалізація профілактичних програм та медичного обслуговування на низькому рівні серед людей похилого віку, необхідність профілактики захворюваності протягом усього життєвого циклу людини;
- обізнаність серед людей похилого віку щодо активного та правильного стилю життя у старшому віці низька, шляхи досягнення здорового та активного довголіття, а також можливості отримання геріатричної допомоги досить розмиті;
- орієнтованої на громадян похилого віку розвиток медико-соціальної інфраструктури недостатній.

До третього чинника - низької соціальної та економічної активності громадян похилого віку відносять:

- недостатній рівень роботи інституту та традиції направленої на самоосвіту, а також безперервної освіти протягом життя, низька освітньо-

професійна мобільність робочої сили, яка поєднана з консервативним стилем зайнятості та відсутністю динамічності на ринку праці;

- є основою дискримінації людей похилого віку серед різних сфер життя та формує негативне ставлення до переважання у суспільства уявлення про процес старіння як виключно негативний стан, проти якого необхідно "боротися", а також форування стереотипів щодо людей старечого віку, таких, як неспроможні до розвитку сприйняття нового.

Застосування програмного методу для вирішення проблем щодо старіння населення в Україні є найбільш ефективним. Він дає змогу, виходячи із економічної доцільності та соціальної значущості, сформувати пріоритетні напрями підтримки громадян похилого віку, їх інтеграції в суспільний розвиток та поліпшення якості життя.

Пристосування суспільних інституцій для подальшого покращення процесу демографічного старіння та створення суспільства однакових можливостей для людей різного віку, утворення гарного середовища для здорового старіння й активного довголіття є метою Програми. Існує два варіанти розв'язання проблеми (див. Табл. 3.1.).

Таким чином, другий варіант є оптимальним для розв'язання проблем, пов'язаних із старінням, бо відбувається об'єднання реформування у галузі соціального захисту населення з покращенням та використанням соціально-трудового потенціалу громадян похилого віку:

- сприятливого соціально-психологічного середовища;
- недопущення будь-яких форм дискримінації громадян похилого віку та контроль за цим;
- запровадженням економічних стимулів підвищення соціальної й економічної активності;
- забезпечення пристосованої до потреб громадян похилого віку інфраструктури.

Таблиця 3.1

## Проектні моделі розв'язання проблем, пов'язаних зі старінням населення

Варіанти розв'язання проблеми	Опис моделі	Недоліки	Ризики	Переваги
Перший варіант	Орієнтація на покращення державних стандартів і гарантій спрямованих на населення похилого віку зі збільшенням розміру соціальних та пенсійних виплат.	Переважає пасивна підтримка громадян старечого віку та низький рівень направленості соціальних програм, обмеження громадян старечого віку від суспільного розвитку. Відсутність комплексної роботи при вирішенні проблем старіння, вимагає постійного зростання державних видатків на соціальний захист.	Нестача бюджетного забезпечення та створення пасивності поведінки громадян похилого віку	-
Другий варіант	Робота з рекомендаціями Мадридського міжнародного плану дій з питань старіння населення та Європейської регіональної стратегії, які забезпечують комплексну роботу з вирішення проблем та реалізують можливості, пов'язані із старінням.	-	-	Цей варіант уникає формування пасивної поведінки громадян похилого віку.

Програма ставить на меті раціональне використання ресурсів та передбачає направлення зусиль на трьох пріоритетних напрямках:

- покращення стану здоров'я, благополуччя населення літнього віку;
- покращення середовища для самореалізації серед населення літнього віку, стимулювання активної участі для розвитку суспільства;
- створення середовища, сприятливого для громадян похилого віку.

Реалізувати покращення середовища для самореалізації серед населення літнього віку та їх залучення у розвиток суспільства планується спрямовувати таким чином:

- для запобігання необґрунтованому скороченню періоду трудової діяльності переглянути умови дострокового виходу на пенсію;
- в умовах демографічних змін модернізувати пенсійну систему, спрямовану на покращення фінансової сили, підвищення пенсійного забезпечення;
- збільшення доступу для соціально вразливих груп серед людей літнього віку на товари та послуги першої необхідності при підвищенні адресності програм;
- розширення можливостей передачі старшими працівниками накопиченого досвіду, підтримання ініціатив продуктивного обміну між поколіннями досвідом і знаннями;
- розширення можливостей оволодіння новими професійними та загальноосвітніми навичками, залучення громадян похилого віку до участі в освітніх процесах, зокрема в сфері сучасних комунікацій, навичками комп'ютерної й інформаційної грамотності;

Покращення стану здоров'я та рівня добробуту серед громадян літнього віку повинно реалізуватися за такими напрямками:

- проведення оцінки та визначення допомоги, якої потребують громадяни літнього віку у різних видах геріатричної служби (лікувальної, довготривалої, профілактичної, паліативної) за місцем їх проживання/перебування;
- в питаннях здорового старіння та активного довголіття підвищення обізнаності громадян похилого віку і представників громадянського суспільства;
- диверсифікації фінансування надання різних видів геріатричної допомоги;
- запровадження нових організаційних форм та збільшення мереж стаціонарних установ, центрів та відділень які надають різні види геріатричної допомоги;

- створення умов для загального доступу серед людей літнього віку до профілактичних послуг з попередження негативних когнітивних, емоційних змін і втрати здатності до самообслуговування та передчасного старіння;

Для реалізації проектів в межах Програми необхідно оновити механізми державної політики у галузі старіння громадян країни поєднанням спільної праці серед виконавчої влади та інститутів громадського суспільства з закладами та установами, які взаємодіють з населенням літнього віку на державному та місцевому рівні.

Міністерство соціальної політики повинно координувати міжвідомчі зв'язки для реалізації державних політик у темі старіння населення.

Із застосуванням гендерного підходу у процесі виконання Програми повинен здійснюватися комплекс організаційних, експертно-аналітичних, впроваджувальних і підсумкових оціночних заходів.

### **3.3. Управлінські засоби подолання навантаження на охороноздоровчу галузь біологічного й інституційного старіння**

Старіння є природною складовою життєвого циклу, воно має до кінця незрозумілі наслідки, які важливі для здоров'я, а отже, важко піддаються контролю. Врешті, очевидними є два факти - той, що каузальність цих проявів залишається таємницею і той, що життя у своїх фізичних проявах є цілком зрозумілим.

Це величезне відставання існуючого знання від нагальних проблем охороноздоровчої сфери робить завдання організації ефективної охорони здоров'я та забезпечення людського добробуту майже невиконуваним.

Можливо, через це політичні аналітики прагнуть абстрагуватись від проблем старіння, витискаючи їх за межі проблематики охорони здоров'я. Таке абстрагування, втім, не знижує актуальності фундаментальної проблеми забезпечення відповідності існуючої системи охорони здоров'я сучасному соціальному і демографічному контексту.

Адже населення старіє, підвищуючи тиск на систему медичного обслуговування і дедалі потужніше підштовхуючи політичний істеблішмент до непопулярних політичних рішень. Непопулярних з обох сторін: з одного боку, для підтримки існуючих обсягів і якості медичного обслуговування або їх підвищення згідно з потребами старіючого населення необхідно підвищувати податки та інші платежі; з другого - при зниженні податків відповідно знижуватимуться обсяг і якість медичного обслуговування.

Взаємозв'язок між віком, здоров'ям та організацією охорони здоров'я перебуває у центрі цієї дилеми. На перший погляд, цей зв'язок є очевидним: люди старіють, їх здоров'я слабшає, і вони висувають дедалі складніші вимоги до системи охорони здоров'я.

Таким чином, з точки зору неокласичної економіки модель є досить простою: похилий вік позитивно пов'язаний з обсягом медичного обслуговування у будь-який час і у будь-якому місці.

В рамки нео-класичного світу раціонального вибору не вписується цей процес, з фіксованими, чітко визначеними уподобаннями – людей не існує вибору «старіти чи не старіти». Тому вивчення розвитку охорони здоров'я і взаємозв'язку старіння населення не можна редукувати до суто емпіричних кореляцій між старінням та іншими змінними, оскільки такий підхід не розкриває усієї глибини, багатства і комплексності такого взаємозв'язку.

Такий зв'язок є наочним прикладом міждисциплінарної проблеми, розв'язання якої потребує залучення експертів як соціальної, так і природничої галузей знань. У цьому контексті до суто організаційних проблем не редукується адаптація охорони здоров'я при умовах демографічного старіння.

Старіння постійно висуває на порядок денний нові цінності та генерує етичні виклики, які зазвичай ігноруються при вивченні пов'язаних зі старінням управлінських проблем охорони здоров'я, бо воно відбувається не в цілковито вільному від цінностей етичному вакуумі, навпаки, воно, є джерелом міжвікових та міжпоколінних відмінностей.

Старший вік сам по собі не є причиною підвищення потреби у медичній допомозі. Багато людей проживають старший період свого життя беззвертання по складне і високовартісне медичне обслуговування. Старіння знижує фізичні можливості людини, що робить її більш уразливою до хвороб, що, у свою чергу, підвищує потреби в послугах охорони здоров'я.

У цій, здавалося б, простій схемі, зв'язок старіння з використанням послуг охорони здоров'я є далеким від безпосереднього і потребує більш детального аналізу.

Не такою очевидною є перша ланка між віком і фізичним слабшанням, як здається на перший погляд. Літні люди можуть не мати діагностованих хвороб, але страждати на інвалідність через зниження фізичних сил і здатності до адаптації. Адже, передусім, фізіологічне старіння (сенильність) відрізняється від пов'язаних із віком хвороб. У цьому сенсі похилий вік скоріше пов'язаний з інвалідністю, ніж з якоюсь хворобою.

З іншого сторони, страждати на вікозалежні хвороби літні люди можуть, бо для цих станів похилий вік є невід'ємною передумовою їх виникнення (так звані дегенеративні хвороби, як от хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення та ін.).

Старіння є комплексним процесом, цей процес пов'язує елементи вікозалежних хвороб та сенильності. Крім того, асоційоване з віком фізичне слабшання завжди кореспондується з соціальним статусом та індивідуальним матеріальним становищем.

Можно зробити висновок, що зв'язок між зниженням фізичних можливостей і старінням є біосоціальним за природою і неоднозначним з точки зору його інтерпретації в рамках запропонованої схеми. Безпосередність зв'язку між зниженням фізичних можливостей і слабким здоров'ям спростовує апріорна складність визначення й оцінки здоров'я, оскільки воно є багатозначним об'єктом, якості якого не завжди можна виміряти кількісними шкалами. Проблематичним є спроби визначення результату здоров'я, отриманого від медичного втручання, вони завжди залишалися суперечливими,



їх застосування у політичній та управлінській практиці охорони здоров'я є складним.

Те, що ми розуміємо під цілковитим здоров'ям, у різних спільнотах буде різним, оскільки здоров'я є відносним концептом. Пересічні медики визначатимуть здоров'я як відсутність хвороб, серед політиків здоров'я як політична мета втілюватиме, передусім, ціннісне судження і змушуватиме їх апелювати до медичної етики, у середовищі соціологів формулювання поняття здоров'я потягне за собою шерех соціальних та психологічних уточнень і т. ін., хоча ВООЗ взагалі визначає здоров'я як усе те добре, що може відбутись у житті людини. Отже, якщо вік можна виміряти точно, то здоров'я - цілком, напевно, ні.

Наступною ланкою є досить логічне посилення про прямий зв'язок між системою охорони здоров'я і слабким здоров'ям, оскільки людина лікується коли вона хвора. Так і відбувається в ідеальній системі охорони здоров'я. Проте така ідеальна система поки що ніде не створена, і на шляху до лікування в конкретної хворої людини виникає стільки бар'єрів і перешкод, що згаданий прямий зв'язок іноді зовсім не реалізовується.

Наприклад, людина може ігнорувати незначні проблеми зі здоров'ям і ніколи не отримати лікування. Або якщо медична послуга є платною, через брак коштів пацієнт може бути вимушений відмовитись від неї. Медичне обслуговування на комерційній основі може віддавати перевагу платоспроможним пацієнтам і відмовляти в лікуванні пенсіонерам з низькою пенсією.

Навіть коли охорона здоров'я є державно регульованою і фінансованою системою, як-от в Україні, більший доступ через кращу освіту та інформованість, а також через вищу зацікавленість у здоров'ї до неї все одно мають представники забезпечених соціальних груп.

Таким чином, зв'язок між слабким здоров'ям і обсягом споживання послуг охорони здоров'я не є безпосереднім, він опосередковується низкою

економічних та соціальних обставин. На рис. 3.4 відображено перебіг подій, які базуються на біологічному аспекті старіння, але ця схема є не єдино можливою.



Рисунок 3.4 Перебіг подій біологічного аспекту старіння

Оскільки виміряти і простежити здоров'я і хворобу не просто, політики охорони здоров'я зазвичай визначають похилий вік як передумову слабого здоров'я і потреби в медичному обслуговуванні та апріорне обґрунтування для надання останнього.

Проте існує інший шлях, коли метою організації охорони здоров'я стає перерозподіл послуг за віковою ознакою. Такий підхід враховує як вікозалежну різницю потреб у медичному обслуговуванні, так і пов'язану з віком різницю в доходах. У такому випадку з наведеної схеми випадають ланки «зниження фізичних можливостей» та «слабке здоров'я», оскільки вона відбиває вже не біологічну, а інституційну логіку подій і стосується соціальних аспектів старіння.

Можна отримати ще один варіант взаємодії демографічного старіння та розвитку охорони здоров'я, якщо таку спрощену схему читати не зліва направо, а навпаки, коли підвищення якості медичного обслуговування та розширення

обсягу є самодостатнім чинником поліпшення здоров'я і підвищення тривалості життя.

Але тут виникає парадокс: люди, які в молодому віці отримують лікування від небезпечної для життя хвороби, можуть дожити до похилого віку і врешті померти від цієї хвороби після тривалого і високовартісного лікування. У цьому випадку ефективна система охорони здоров'я реагує на старіння населення не як на якийсь зовнішній процес, а як на інтегровану складову діяльності у сфері підтримки здорового старіння.

У цьому випадку торжество медицини перетворюється на Піррову перемогу, призводячи до середньодушового обсягу спожитого медичного обслуговування та підвищення рівнів хворобливості населення. Виникає замкнене коло, коли поліпшення якості медичного обслуговування, детермінуючи збільшення обсягів його споживання в дитячому, підлітковому і робочому віці, стимулює підвищення частки населення похилого віку з високим рівнем хронічної поліморбідності, зниження якого потребує знову ж таки підвищення якості й обсягу послуг охорони здоров'я.

Розриває це коло лише визнання неефективності розширення мережі лікувальної медицини і необхідності перенесення акценту суспільної охорони здоров'я на розвиток профілактики. Зв'язок інституційного старіння з обсягом споживання медичного обслуговування проявляється у взаємодії вікового складу населення та повікових особливостей використання медичних послуг і оформлюється як усіма соціальними детермінантами індивідуального інституційного старіння, так і чинниками, що діють на агрегованому рівні вікової структури населення.

Такий зв'язок може бути визначений через каузальну послідовність двох напрямів, соціальних та інституційних чинників (див. рис.3.5).

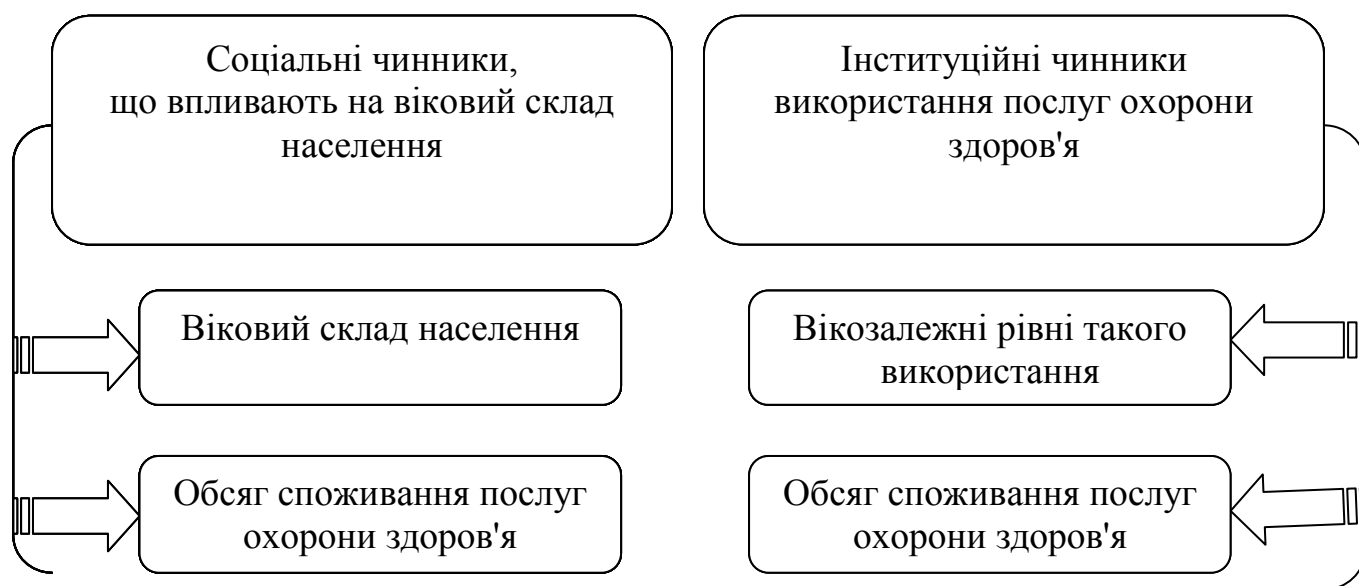


Рисунок 3.5 Соціальні та інституційні чинники суспільної охорони здоров'я

Переважно у першому випадку йдеться про соціальні чинники, агреговані у взаємодії процесів, що формують вікову структуру і впливають на демографічне старіння. Тривалість життя - лише одна складова, що поєднує тут індивідуальне і демографічне старіння. У еволюційному плані межі видової тривалості життя *Homo Sapiens* залишаються предметом наукових дискусій і орієнтуються на 100-120 років.

В Україні у межах 82 років коливається з точки зору статистики населення нормальна, або модальна тривалість життя, тобто вік, у якому відбувається найбільша кількість смертей, що не набагато нижче нормального віку смерті в розвинутих країнах.

Загально визнаними і історично апробованими соціальними чинниками зниження рівня та зміни структури смертності є:

1) розвиток профілактичної медицини, який через впровадження вакцинації та застосування антибіотиків сприяв успішному лікуванню інфекцій та зниженню смертності від інфекційних і паразитарних хвороб;

2) економічні досягнення, які сприяли поліпшенню харчування, покращенню умов життя та подальшому розвитку медичних технологій;

3) громадянський рух соціального захисту, який забезпечив уразливим верствам населення доступ до ресурсів охорони здоров'я.

Усе це сприяло доживанню більшої кількості населення до похилішого віку.

Народжуваність є іншим процесом, який формує вікову структуру, рівневі та структурні характеристики якої опосередковані соціальними детермінантами значно складніше, ніж це має місце у випадку смертності. Пояснення тут просте: народження дитини є справою вибору, а смерть - ні. Виходячи з історичного досвіду, істотніший вплив на вікову структуру порівняно зі смертністю справляє народжуваність.

Соціально-економічний розвиток є основною причиною зниження народжуваності, який докорінним чином змінив становище жінок у суспільстві, залучивши в економічну активність та розширивши для них можливості освіти, що, врешті призвело до зменшення розміру сім'ї та скорочення в ній кількості дітей. Народжуваність впливає на віковий склад населення, зменшуючи чисельність когорт жінок репродуктивного віку та число народжень у розрахунку на 1 жінку.

Соціальні чинники будучи ключовими у формуванні вікової структури справляють широкий вплив на індивідуальний життєвий цикл. Крім фізичного впливу, соціальне середовище формує ставлення і відчуття до людей похилого віку з боку представників молодших вікових груп.

Пенсіонери, навіть якщо вони не користуються ніякими соціальними пільгами, є фізично цілком спроможними і не потребують медичного обслуговування, все одно сприймаються як залежні від молодших вікових груп. Ця періодизація є рукотворна, вона відображає людське життя, ставлення соціуму до літніх людей. Соціальна традиція сприйняття похилого віку робить повністю відокремленим від біологічного старіння інституційне.

Проводить чітку межу між молодими і старими, що є найбільш яскравим прикладом інституціалізації є обов'язковість виходу на пенсію по досягненню законодавчо встановленого пенсійного віку, і робить останніх в очах

суспільства вже не здібними до повноцінної участі в суспільному житті і роботи. Іншим, не менш характерним прикладом інституціалізації є поміщення літніх людей у будинки престарілих для здійснення централізованої медико-соціальної допомоги.

Виходить так, що заходи, спрямовані на підтримку літніх людей - пенсія, формальний догляд і т.ін., - перетворюють їх на залежну соціальну групу і підриває їх спроможність та бажання здійснювати увесь спектр соціальної активності.

Отже, має свою специфіку навантаження на охорону здоров'я інституційне старіння, як і біологічне, втім ніяк не пов'язану з фізіологією старіючої людини. На відміну від обсягу пенсій та соціального захисту, зв'язок споживання послуг охорони здоров'я з інституційним старінням дещо інший, адже інституціалізація у межах цієї системи стосується представників усіх вікових груп, і тут контраст між цими групами проявляється не так яскраво. Більше того, охорона здоров'я сприяє соціалізації літніх людей.

Формування статусу осіб похилого віку у межах охорони здоров'я відбувається під дією двох чинників: (1) як ставляться до них у цій системі та (2) як вони потрапили у систему медичного обслуговування.

При передчасному потраплянні у заклади охорони здоров'я літніх людей, відбувається посилення їх залежного статусу та закріплення за ними стигми тягара, оскільки перерозподіл медичного догляду на користь старших пацієнтів, врешті не буде їм корисним, але призведе до недостатності догляду за молодшими пацієнтами, які, можливо, потребують його більше.

Таким чином, дуже важливо відрізнити потребу літньої людини у спеціалізованій допомозі, здійснюваній у медичному стаціонарі, від тих її потреб, які можна задовольнити амбулаторно або за місцем проживання.

Зв'язок між віком і споживанням послуг охорони здоров'я далекий від простого, механічного і суто біологічно детермінованого. Старіння коріниться у людській біології, але є комплексним динамічним процесом, що формується під впливом багатьох соціальних та інституційних чинників.

Отже, завданням управління охороною суспільного здоров'я є не про сто пошук засобів регулювання відповіді на екзогенний біологічно детермінований процес, а у багатьох випадках визначення шляхів корекції соціального сприйняття старшого віку і в цьому сенсі винайдення управлінських механізмів здійснення каузального впливу на соціальні умови старіння.

Комплексність причинних зв'язків ускладнює процес визначення та роз'єднання чинників, які діють на старіння та його соціальне втілення. Зі свого боку, численність соціальних напрямів старіння робить проблематичною розробку охороноздоровчої політики щодо подолання тиску збільшення частки населення похилого віку на систему охорони здоров'я.

Залишаються ще невирішеними наступні теоретичні і практичні питання, які потребують відповіді, а саме, чи має управлінська політика сприймати поточну соціальну конструкцію похилого віку як даність і виходячи з цього підтверджувати та підтримувати її; або ця політика має бути спрямована на реконструкцію соціального сприйняття старості та зменшення впливу інституційних вікових бар'єрів.

Сучасна політика охорони суспільного здоров'я стикається із серйозними труднощами у цій сфері, оскільки новітні ідеї щодо виміру результатів та економічної рентабельності охорони здоров'я дедалі сильніше упираються у роль віку у раціоналізації надання медичної допомоги.

Будь-який розподіл ресурсів охорони здоров'я за вікопов'язаною формулою зміцнюватиме існуючу конструкцію похилого віку, і, якщо бути послідовними, будь-який поступ у збільшенні ефективності діяльності системи охорони здоров'я та максимізації у її межах позитивних результатів для суспільного здоров'я досягатиметься коштом зниження соціального статусу літніх людей. Політична альтернатива цьому лежить у формуванні соціальних цінностей, заснованих на соціальній і, передусім, міжпоколінній солідарності.

## ВИСНОВКИ

Головна роль у зміцненні та збереженні здоров'я належить системі охорони здоров'я, від ефективності функціонування яких залежить якість трудових ресурсів, її економічний, науковий, культурний, оборонний потенціал.

Стійкою тенденцією в Україні, як і в багатьох країнах світу, стали старіння населення, поява і поширення нових хвороб, погіршення фізичного, психічного і соціального здоров'я населення. У зв'язку з цим, управління здоров'ям, формування та організація здорового способу життя, підвищення якості життя всіх громадян, і осіб похилого віку особливо, рішення проблем, які потребують негайної активізації діяльності інститутів державної влади.

Існуюча потреба у спрямованості теоретичних знань та практичних методів державного управління при реформуванні галузі охорони здоров'я в Україні вимагає оновити механізми державного управління галуззю, це вимагає наукового обґрунтування та практичного впровадження нових методів управління, де зусилля органів державної влади будуть концентруватись на вирішенні проблемних складових та усунення невідповідності між реальними потребами громадян у медичному обслуговуванні та послугами, які надає галузь і фактичними можливостями медичної системи для якісного задоволення цих вимог в умовах динамічних перетворень.

Стратегія розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я повинна формуватися із врахуванням сучасної медико-демографічної ситуації. Адже постаріння населення ставить перед суспільством необхідність вирішення не лише суто медичних питань, але й низки проблем політичного, економічного, соціального, культурного, психологічного тощо характеру, зростає потреба в різних видах не лише медичної, але й соціально-побутової допомоги.

Основними напрямками соціального захисту геронтологічної групи населення є - соціальне забезпечення і соціальна допомога. У трьох напрямках повинен здійснюватися соціальний захист населення цієї особливої соціально-вікової групи:



1) необхідною старим людям формою допомоги (для збереження максимально можливого рівня самостійності) є підтримка;

2) збереженням статків людей похилого віку при зменшенні чи усуненні факторів ризику, на меті яких є запобігання їх потенційного переведення в установи соціального обслуговування стаціонарного типу – цим повинна займатись профілактика;

3) людям, яких визнано недієздатними необхідне представництво і захист інтересів (для надання їм необхідної допомоги).

1. У найближчі десятиріччя процес старіння швидко прогресуватиме – Україна є країною зі значним рівнем постаріння населення. Вагома гендерна асиметрія є однією з особливостей старіння у нашій країні: жінки переважають у складі літнього населення. Гендерна різниця постаріння зумовлена змістовною різницею у тривалості життя, де жінки переважають над чоловіками. «Порогом довголіття», вважається вік 80 років, але високий рівень постаріння в Україні призводить до того, що держава дотепер має низьку частку довголітніх осіб, це пояснюється затримкою розвитку у порівнянні з розвиненими європейськими країнами за тривалістю життя, низьким рівнем дожиття.

Порівняння рівня постаріння жінок і чоловіків в Україні з еталонними європейськими країнами при використанні методів, ґрунтованих на врахуванні очікуваної тривалості життя у людей похилого віку, згідно з доктриною «перспективного віку», показує, що Україна, де вікова межа старіння значно нижче у порівнянні з розвиненими країнами, це вирізняє їх підвищенням частки літнього населення (особливо у жінок).

Основна ознака та складова, яка характеризує високу якість життя осіб похилого віку є благополучний стан здоров'я та тривале життя у поважному віці. У нас цей показник є на 5–6,5 років меншим, у порівнянні з розвиненими європейськими країнами.

Важливою умовою підтримки здоров'я на належному рівні серед людей похилого віку є направлення населення у вимір промоції здоров'я, активне

залучення людей похилого віку для формування стилю активного довголіття, покращення і спрощення доступу до медичного обслуговування серед цієї когорти.

Серйозна проблема з доступністю кваліфікованої медичної допомоги для осіб похилого віку існує в Україні. Найчастіше літні особи страждають від економічних проблем – неможливість придбати медичні вироби, ліки, складнощі з оплатою лікування в стаціонарних умовах, доступом та оплатною дорого вартісних методів діагностики (КТ, МРТ), необхідних операцій тощо. З виходом на пенсію людина втрачає вагому частину доходів: близько 50 % становить коефіцієнт заміщення заробітної платні пенсією.

2. Досліджені моделі державної політики у сфері охорони здоров'я, визначаються співвідношеннями елементів системи, принципами та цілями, а також соціально-економічним становищем, політичним і суспільним устроєм, культурою, історією, традиціями, релігійними звичаями та іншими факторами.

Сформулювати сучасну формулу фінансування охорони здоров'я дозволяє проведений нами аналіз, яка передбачає:

- забезпечення не менше 70% видатків - покрити коштами громадських фондів;
- менше 5% - покриття приватним медичним страхуванням;
- не більше 15–20% - покривають прями платежі.

Підводячи підсумок аналізу існуючих на сьогодні моделей охорони здоров'я, можна охарактеризувати їх особливості, які є притаманними найбільш розвиненим системам:

- фінансування за рахунок трьох джерел: відрахування з державного бюджету, відрахування від доходів підприємців та страхові внески населення;
- медична допомога робітникам, службовцям та членам їх сімей фінансується виключно за видатки підприємств;
- застрахована особа має вільний вибір лікаря та ЛПЗ, це стимулює конкуренцію на ринку медичних послуг та сприяє поліпшенню якості медичної допомоги, підвищує увагу до кожного індивіда;

- система добровільного страхування досить розвинена.

Враховуючі ці особливості, можна сказати, що модернізація національних систем охорони здоров'я в ХХІ столітті буде визначана трьома найбільшими значущими тенденціями:

- розвиток і пріоритетність ринкових відносин суб'єктів системи охорони здоров'я;
- уніфікація стандартів галузі медичних послуг на міжнародному рівні;
- вирішення специфічних галузевих проблем з організації видатків, які покривають медичне обслуговування населення.

3. Проаналізовано напрями удосконалення державної політики щодо охорони здоров'я осіб похилого віку.

Стратегічними напрямами політики держави відносно людей похилого віку відносять: формування здорового старіння стимулюванням турботи про здоров'я протягом усього життя; забезпечення дружнього середовища для людей літнього віку на рівні місцевих громад; пристосування до потреб старіючого населення системи охорони здоров'я і тривалого догляду за людьми літнього віку.

Також запропоновані не лише стратегічні напрямки, а також змістовні практичні кроки, направлені на реалізацію політики у сфері охорони здоров'я з урахуванням потреб літніх людей, а саме, сприяння фізичній активності літніх осіб; попередження падінь людей похилого віку; вакцинація літніх та запобігання інфекційним захворюванням; покращення стану здоров'я та потенціалу працівників медичної галузі та соціальної сфери в області геріатрії та геронтології; промоція та адвокація волонтерського догляду, з особливою увагою до догляду на дому, включаючи самодопомогу.

В Україні реформування систем соціальної та медичної допомоги літньому населенню потребує нових сучасних форм багаторівневої геріатричної підготовки кадрів. Зміни її структури та зростання обсягів допомоги літнім людям потребують удосконалення мультидисциплінарної підготовки соціальних і медичних робітників.

Впродовж останнього часу розроблено проект концепції Державної цільової програми та запроваджена реформа до- і післядипломної геріатричної підготовки медичних та соціальних працівників і волонтерів, розвиток паліативної та хоспісної допомоги, створена система інформаційного забезпечення. Проте, в Україні надто великим є розрив між потребою у хоспісних ліжках і реальною їх кількістю.

4. Досліджено пріоритети забезпечення здоров'я та благополуччя осіб похилого віку.

Для подолання наявних проблем, які виникають при старінні населення в Україні запропоновано застосування програмного методу, що дасть змогу, ґрунтуючись на соціальній значущості та економічній доцільності, формувати та реалізовувати пріоритетні напрямки забезпечення серед громадян літнього віку, сприяти інтеграції в суспільний розвиток людей похилого віку, а також покращувати якість життя, передбачати етапність реалізації визначених пріоритетів з урахуванням фінансових можливостей.

З метою раціонального використання ресурсів концентрацію зусиль повинно орієнтувати на трьох пріоритетах: поліпшенні; забезпеченні здоров'я та благополуччя громадян похилого віку; створенні середовища, сприятливого для громадян похилого віку.

5. Визначено управлінські засоби подолання навантаження на охорону оздоровчу галузь біологічного й інституційного старіння.

Населення старіє підвищуючи тиск на систему медичного обслуговування і дедалі потужніше підштовхуючи політичний істеблішмент до непопулярних політичних рішень. Непопулярних з обох сторін: з одного боку, для підтримки існуючих обсягів і якості медичного обслуговування або їх підвищення згідно з потребами старіючого населення необхідно підвищувати податки та інші платежі; з другого - при зниженні податків відповідно знижуватимуться обсяг і якість медичного обслуговування.

Визнаємо неефективність розширення мережі лікувальної медицини і необхідність перенесення акценту суспільної охорони здоров'я на розвиток

профілактики. Зв'язок інституційного старіння з обсягом споживання медичного обслуговування проявляється у взаємодії вікового складу населення та повікових особливостей використання медичних послуг і оформлюється як усіма соціальними детермінантами індивідуального інституційного старіння, так і чинниками, що діють на агрегованому рівні вікової структури населення. Такий зв'язок може бути визначений через каузальну послідовність двох напрямів, соціальних та інституційних чинників.

В результаті можна констатувати, що сприятлива тенденція, підвищення рівня життя, привела до «навантаження» особами похилого віку на суспільство в цілому, що обумовлює істотні зміни в соціальній структурі українського суспільства, загострює старі і породжує нові виклики на всіх рівнях суспільного розвитку, диктує необхідність розгляду нових проблем, пов'язаних з соціальним становищем і забезпеченням громадян похилого віку.

Відповідно до цього неминуче і швидкими темпами буде зростати фінансовий тягар уряду, який поряд з усякого роду фінансовою та інвестиційною діяльністю, спрямованою на економічний розвиток, має здійснювати інвестиції в роботу по соціальному забезпеченню престарілих, і він повинен буде постійно вивчати комплексні заходи по відношенню до даного явища. Зазначена тенденція є сьогодні визначальною для багатьох країн світу.

Таким чином, аналізуючи ситуацію в цілому, що склалася в охороні здоров'я, слід зазначити, що на сьогодні є необхідним вжиття певних управлінських та організаційних заходів на державному, регіональному рівнях та на місцях, що повинні привести до стримання негативних тенденцій стану здоров'я населення. При цьому основні організаційні заходи з боку МОЗ та інших органів виконавчої влади, які реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я повинні бути спрямовані на такі дії: посилення профілактичної складової охорони здоров'я; поширення інформації про здоровий спосіб життя; розвиток первинної ланки надання медичної допомоги;

зміцнення ресурсного потенціалу медичної галузі; підвищення якості надання медичних послуг.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник / [І.Я. Пінчук, В.В. Чайковська, Л.А. Стадник, О.А. Левада, М.М. Пустовойт, М.І. Ширяєва]. - Тернопіль: Термограф, 2010. — 431 с.
2. Аналіз сфер політичної діяльності, актуальних українських та європейських політик : методичні рекомендації / Г. П. Ситник, І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло, А. В. Дацюк. – Київ : НАДУ, 2009. – 32 с.
3. Білинська М. М. Міжсекторальне співробітництво як базис оцінки впливу політичних рішень на стан довкілля в Україні [Електронний ресурс] / М. М. Білинська // Державне управління – теорія і практика: електрон. наук. фах. вид. – 2007. – № 1. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej1/txts/Bilinska.htm>. – Назва з екрана.
4. Білинська М. М. Міжсекторальний підхід до формування державної політики та стратегії в охороні екологічного здоров'я мешканців сільських територій / М. М. Білинська // Розвиток продуктивних сил в Україні від В. І. Вернадського до сьогодні : матеріали міжнародних наук.-практ. конференцій, м. Київ, 20 березня 2009 р. – Київ, 2009. – С. 50–54.
5. Гладун З. Заклад охорони здоров'я: основи правового статусу // Право України. – 2003. – № 6. – С. 56 – 62.
6. Грузєва Т. С. Обґрунтування та розробка системи досягнення рівності в охороні здоров'я населення в сучасних умовах стратифікації суспільства : автореф. дис. ... д.мед.н. : спец. – соціальна медицина / Т. С. Грузєва. – Київ, 2004. – 25 с.
7. Губина М. А. Развитие здравоохранения в условиях глобализации: мировой опыт : автореф. дисс... канд. экон. наук / Санкт-Петербургский государственный университет. – 2009. – 20 с.
8. Гудзеляк І. Старіння населення України [Електронний ресурс] / І. Гудзеляк, У. Стефаник // Часопис соц.-екон. географії : міжрегіон. зб. наук.

праць. – Харків, 2014. – Вип. 16. – С. 89-94. - Режим доступу : [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Chseg\\_2014\\_16\\_15.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Chseg_2014_16_15.pdf).

9. Гусак П. М. Відповідальне ставлення до здоров'я: теорія та технології : монографія / П. М. Гусак, Н. В. Зимівець, В. С. Петрович ; за ред. проф. П.М. Гусака. – Луцьк : ВАТ «Волинська обласна друкарня», 2009. – 219 с.

10. Демин А. К. Политические проблемы социальной защиты населения в странах “большой семерки” (на примере здравоохранения) : дисс... д-р полит. наук / Российская академия государственной службы (РАГС) . – 401 с.

11. Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки, складові, напрями протидії / за ред. В. Стешенко. - К. : Ін-т економіки АН України, 2001. - 560 с.

12. Державна служба статистики [Електронний ресурс] - Режим доступу : [<https://ukrstat.org/index.html>].

13. Долот В.Д. Державне управління стаціонарною медичною допомогою в Україні: стан і тенденції розвитку : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. / Нац. акад. державного управління при Президентіві України. – К., 2006 – 21 с.

14. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). – 52 с.

15. Жаліло Л. І. Державне регулювання охорони громадського здоров'я: методичні рекомендації / Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк. – Київ : НАДУ, 2009. – 66 с.

16. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2011 році: Статистичний бюлетень. — К.: Державна служба статистики України, 2012. - 89 с.

17. Здоровье - 2020 – основы Европейской политики и стратегия для 21 века [Электронный ресурс] / ВОЗ. – Режим доступа :



<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-wellbeing/about-health-2020>.

18. Исакова Б.М. Клинико-динамические особенности поздних затяжных депрессий у лиц, проживающих в районах, прилегающих к Семипалатинскому полигону / Б.М. Исакова // Судебная и социальная психиатрия. - 2011. - № 4(15). - С. 15-16.

19. Комаров Ю. М. Медицинское страхование: опыт зарубежного здравоохранения. // Вестник государственного социального страхования. – 2005. – № 1.– С.65-75.

20. Комплексний демографічний прогноз України на період до 2050 р. (колектив авторів) / За ред. чл.-кор. НАНУ, д.е.н., проф. Е.М. Лібанової. - К.: Український центр соціальних реформ, 2006. — 138 с.

21. Крентовська О. Основні напрями державного управління щодо розвитку соціальної сфери в умовах старіння населення / О. Крентовська // Ефективність державного управління : зб. наук. пр.- 2009. - Вип. 21.- С. 98-104.

22. Кульгінський Є. Теоретико-методологічні основи «здоров'я у всіх державних політиках» як базовий принцип забезпечення розвитку суспільного здоров'я / Є. Кульгінський // Ефективність державного управління : зб. наукових праць. – 2015. – Вип. 44. – С. 43–52.

23. Марута Н.О. Система терапії ендогенних депресій із суїцидальним ризиком в осіб похилого віку // Н.О. Марута, І.О.Явдак, О.С. Череднякова // Здоров'я України. Тематичний номер «Неврологія. Психіатрія. Психотерапія». - 2012. - № 3(22). - С. 22-23.

24. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». — К.: МОЗ України, 2011. — 104 с.

25. Мокрецов С. Є. Вплив демографічної політики держави на репродуктивний стан здоров'я населення України / С. Є. Мокрецов // Теорія та

практика державного управління. - 2009. - Вип. 3(30). - С. 1-6.

Населення України : Імперативи демографічного старіння / Інститут демографії та соціальних досліджень НАН України, Фонд народонаселення Організації Об'єднаних Націй . – Київ : АДЕФ-Україна, 2014 . – 285 с.

26. Москаленко М. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : монографія / М. Ф. Москаленко. – Київ : Книга плюс, 2008. – 320 с.

27. Облосвіта [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.oblosvita.kiev.ua/4859/socialnij-zaxist-i-obslugovuvannya-lyudej-roxilogo-viku/>.

28. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 року № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України 1993, № 4. – С. 19.

29. Основы Европейской политики поддержки государства и общества в интересах здоровья и благополучия [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>. – Название с экрана.

30. Пак С. Я. Розвиток державної політики з функціональної та структурної перебудови системи охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні / С. Я. Пак //“Актуальні проблеми державного управління на сучасному етапі державотворення” : матеріали V наук.-практ. конф. 27 жов. 2011 року : тези допов. – Луцьк, 2011. – С. 68-70.

31. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина : монографія / В. М. Князевича, З. М. Митник, Г. О. Слабкий [та ін.] ; МОЗ України. – Київ, 2010. – 404 с.

32. Пинчук И. Распространенность психических расстройств в Украине / И. Пинчук // Журн. АМН Украины. — 2010. — Т. 16, № 1. — С. 168-176.

33. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, Г. О. Слабкий [та ін.]. – Київ, 2011. – 149 с.

34. Поляков И. В. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. / И. В. Поляков, Т. М. Зеленская, П. Г. Ромашов, Н. А. Пивоварова // Учебное пособие. СПб., 1997.

35. Про внесення змін до постанови КМУ від 29.04.2015 р. № 266 : постанова КМУ від 02.02.2017 р. № 53 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>.

36. Про затвердження Стратегії демографічного розвитку в період до 2015 року : Постанова від 24 черв. 2006 р. № 879 // Офіц. вісн. України. - 2006. - 12 лип. - № 26. - С. 161.

37. Про схвалення Концепції демографічного розвитку на 2005-2015 роки : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 8 жовт. 2004 р. № 724-р // Офіц. вісн. України. - 2004. - 29 жовт. - № 41. - С. 32.

38. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1002-р [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>.

39. Про розвиток системи громадського здоров'я в Україні : матеріали круглого столу, 22.04.2016 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20160423\\_a.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20160423_a.html).

40. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002 [Електронний ресурс] // Урядовий кур'єр. – 2016. – № 245, 27 грудня. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799>.

41. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення : Указ Президента України від 6 грудня 2005 р. № 1694/2005 // Офіц. вісн. України. – 2005. – № 49. – Ст. 3054.

42. Програма Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я 2020: основи європейської політики на підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя», 2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro\\_20150311\\_0.html](http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20150311_0.html). – Назва з екрана.

43. Профілактична медицина. Епідеміологія, мікробіологія, вірусологія, паразитологія, інфекційні хвороби // Матеріали третьої національної науково-практичної конференції «За кожне життя разом: прискорення до мети 90–90–90» / ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України». – 2016. – № 3–4 (27), додаток.

44. Радиш Я. Ф. Єдиний медичний простір – нова парадигма системи охорони здоров'я України / Я. Ф. Радиш, О. В. Поживілова // Теорія та практика державної служби: сучасні пріоритети регіональної кадрової політики : матеріали науково-практичної конференції, м. Дніпропетровськ, 5–6.11.2010 р. – Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2010. – С. 97–99.

45. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, перспективи / В. В. Лазоришинець, Р. В. Салютін, Г. О. Слабкий [та ін.]. – Київ, 2014. – 207 с.

46. Ринда Ф. П. Профілактична підготовка лікарів-інтернів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» / Ф. П. Ринда, В. В. Шафранський // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1 (42). – С. 151–161.

47. Розвиток державного управління реформуванням охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні: стан, проблеми, перспективи : методичні рекомендації / авт. кол. : Т. П. Авраменко, Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк [та ін.]. – Київ : НАДУ, 2013. – 48 с.

48. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. / Авт. коллектив: С. В. Шишкин (руководитель коллектива), Г. Е. Бесстремьянная, М. Д. Красильникова, Л. Н. Овчарова и др. Независимый институт социальной политики. – М., 2004. – С.10.

49. Сімоненко В. В. Соціально ефективне регіональне управління в контексті проблем "старіння населення" / В. В. Сімоненко // Вісн. ДонДУУ : наук. журн. "Менеджер". - 2006. - № 4 (38). - С. 184-188.

50. Слабкий Г. О. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Г. О. Слабкий, І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Сімейна медицина. 2014. – № 3 (53). – С. 25–27.
51. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2000. - Т. 2, № 2. - С. 35-39.
52. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения. / Под ред. Ю. П. Лисицына – М.; 1998.
53. Статистичні дані МОЗ України, 2017 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/hiv\\_aids/statistics](http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/hiv_aids/statistics).
54. Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020» : Указ Президента України від 12 січня 2015 р. № 5/2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>. – Назва з екрана.
55. Управління трудовим потенціалом : навч. посіб. / В. С. Васильченко, А. М. Гриненко, О. А. Грیشнова, Л. П. Керб. - К. : КНЕУ, 2005. - 403 с.
56. Фойгт Н. А. Тривалість життя в похилому віці: еволюція, сучасність, перспективи : монографія / Н. А. Фойгт. - К. : Ін-т економіки АН України,
57. Фотаки М. Сочетание общественного/государственного и частного в Российской системе здравоохранения в свете международного опыта // Сборник“Общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы)”. – М., 1999. – С.8-11.
58. Фундаментальные основы политики здравоохранения. / Под ред. О. П. Щепина, – М., 1999 / Щепин О. П., Владимирова Л. И., Козлитин В. М. и др. Здравоохранение зарубежных стран. / Под ред. О. П. Щепина. М., 1981.
59. Хаустова Е.А. Психическое здоровье у людей пожилого возраста // Мистецтво лікування. - 2012. - № 1(77). - С. 39-43
60. Чабан О.С. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології / О.С. Чабан, О.О. Хаустова, Я.М. Несторович. - К.: Медкнига, 2010. - 132 с.

61. Чайківська В.В. Демографічні прогнози для України / В.В. Чайківська, І.Я. Пінчук // *Новости медицины и фармации*. - 2010. - № 13–14(333–334). - С. 13-14.
62. Blay S.L., Marinho V. Anxiety disorders in old age // *Current Opinion in Psychiatry*. - 2012. - Volume 25, Issue 6. - P. 462-467.
63. Chernichovsky D. Health System Reform in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm/ *The Milbank Quarterly*, 1995, v. 73, № 3. P. 339-372.
64. de Gage S.B. et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study // *BMJ*. - 2012. - 345, doi: 10.1136/bmj.e6231 (Published 27 September 2012).
65. Esping-Andersen G., Korpi W. From Poor Relief to Institutional Welfare States: The Development of Scandinavian Social Policy // Erikson R., Hansen E. J., Ringen S., Uusitalo H. (eds.). *The Scandinavian Model: Welfare States and Welfare Research*. N.Y.: M. E. Sharpe, 1987. P. 39-74.
66. Field M.G. The Health System and Policy: a Contemporary American Dialectic // *Social Science and Medicine*, 1980. – V 14a, № 5. – P. 401.
67. Fjell A.M., Westlye L.T., Amlien I. et al. High consistency of regional cortical thinning in aging across multiple samples // *Cereb. Cortex*. - 2009. - Vol. 19. - P. 2001-2012.
68. Honkola J. et al. Psychotropic Medications and the Risk of Sudden Cardiac Death During an Acute Coronary Event // *Eur. Heart J*. - 2012. - 33(6). - 745-751.
69. Inter Press Service, 2/05/2001.
70. Kessing L.V. Depression and the risk for dementia // *Current Opinion in Psychiatry*. - 2012 - Vol. 25, Iss. 6. - P. 457-461.
71. Kessler R.C., Birnbaum H.G., Shahly V., Bromet E., Hwang I., McLaughlin K.A., Sampson N., Andrade L.H., de Girolamo G., Demyttenaere K., Haro J.M., Karam A.N., Kostyuchenko S., Kovess V., Lara C., Levinson D., Matschinger H., Nakane Y., Browne M.O., Ormel J., Posada-Villa J., Sagar R., Stein D.J. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive

episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative // *Depress Anxiety*. - 2010. - 27(4). - P. 351-364.

72. Luppá M., Heinrich S., Angermeyer M.C., König H.-H., Riedel-Heller S.G. Cost-of-illness studies of depression: a systematic review // *Affect. Disord.* - 2007. - Vol. 98(1–2). - P. 29-43.

73. UNICEF Poverty Reduction Begins With Children, 2000.