

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ**

Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

освітній ступінь - «Магістр»

**на тему: Державна політика у сфері подолання соціально-
небезпечних захворювань**

Виконала:

студент спеціальності
281 «Публічне управління та адміністрування»
ОП «Публічне управління та адміністрування»

Кононенко Лілія Олександрівна

Керівник:

Славкова Олена Павлівна

д.е.н., професор
кафедри публічного управління та адміністрування

Рецензент:

Городова Ірина Олександрівна
КНП СОР «Обласний клінічний перинатальний центр»

Суми - 2024

СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет	Економіки і менеджменту
Кафедра	Публічного управління та адміністрування
Освітній ступінь	«Магістр»
Спеціальність	281 «Публічне управління та адміністрування» ОП «Публічне управління та адміністрування»

Затверджую:

Завідувач кафедри к.е.н., доцент
А.М.Бричко

202 р.

«_____»

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ*Кононенко Лілії Олександрівни***1. Тема роботи:** Державна політика у сфері подолання соціально-небезпечних захворювань**2. База практичного дослідження:**

Управління охорони здоров'я Сумської ОДА м. Суми

керівник роботи Славкова Олена Павлівна д.е.н., професор

затверджена наказом по університету від

« » 202 р. №

3. Строк подання студентом закінченого проекту (роботи)

« » 2024 р.

4. Вихідні дані до проекту (роботи):нормативно-законодавчі акти України, навчально-методичні посібники, монографії, підручники за тематикою дослідження, наукові публікації, статистична інформація за 2021-2023 роки**5. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):**

- розглянути теоретичні основи державного управління у сфері подолання соціально-небезпечних хвороб;
- розглянути загальну характеристику державного управління у сфері подолання соціально-небезпечних хвороб;
- провести аналіз стану захворюваності на соціально-небезпечні хвороби;
- провести аналіз державного управління у сфері подолання соціально-небезпечних хвороб;
- провести моніторинг державного управління у сфері подолання соціально-небезпечних хвороб;
- розробити комплексний механізм державного управління у сфері подолання соціально-небезпечних хвороб;
- накреслити пріоритети забезпечення подолання соціально-небезпечних хвороб.

6. Дата видачі завдання: «__» _____ 202__р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів проекту	Примітка
1	Визначення об'єкту, предмету дослідження, формулювання мети та задач кваліфікаційної роботи, складання плану	Листопад-грудень 2023	виконано
2	Підбір та вивчення літературних джерел, законодавчої та нормативної бази	Січень 2024	виконано
3	Узагальнення теоретичного матеріалу з обраної теми дослідження та представлення чорнового варіанту першого розділу кваліфікаційної роботи	Лютий-квітень 2024	виконано
4	Збір та обробка фактичного матеріалу, узагальнення аналізу застосування досліджуваного питання на підприємстві (переддипломна практика)	02-31 травня 2024	виконано
5	Оформлення теоретичної частини кваліфікаційної роботи, узагальнення аналітичної частини, захист звіту по переддипломній практиці	Червень 2024	виконано
6	Проектування напрямів вдосконалення досліджуваної проблеми	Липень-Серпень 2024	виконано
7	Завершення проектної частини кваліфікаційної роботи та подання попереднього варіанту третього розділу керівнику	Вересень 2023/4	виконано
8	Оновлення даних за 2019-2022 роки та доопрацювання аналітичного і проектного розділів кваліфікаційної роботи	Жовтень-листопад 2024	виконано
9	Оформлення кваліфікаційної роботи, та її подання на попередній захист та рецензування	Листопад 2024	виконано
10	Перевірка кваліфікаційної роботи на автентичність (подання роботи для перевірки на плагіат на кафедрі, до відділу якості освіти)	28 листопада 2024	виконано
11	Подання закінченої роботи та документів до неї до деканату	09 грудня 2024	виконано
12	Захист кваліфікаційної роботи	12 грудня 2024	виконано

Студент

(підпис)

Лілія КОНОНЕНКО

Керівник роботи

(підпис)

Олена СЛАВКОВА

Перевірку на автентичність проведено

(підпис)

Надія БАРАНИК

Дипломна робота допущена до захисту

(підпис)

Світлана ЛУКАШ

АНОТАЦІЯ

Кононенко Л.О. Державна політика у сфері подолання соціально-небезпечних захворювань

Кваліфікаційна робота зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування», СНАУ, Суми-2024 р. – Рукопис.

В кваліфікаційній роботі розкрито поняття соціально-небезпечні хвороби, державне регулювання діяльності установ та організацій щодо попередження соціально-небезпечних хвороб. Проведений аналіз основ формування державно політики в сфері профілактики соціально-небезпечних хвороб та досліджено стан захворюваності на соціально-небезпечні хвороби та їх інституційне забезпечення. Розроблено пропозицій щодо механізму державного управління в сфері профілактики соціально-небезпечних хвороб. Обґрунтовано напрями вдосконалення державно-громадської взаємодії у сфері протидії соціально небезпечними захворюванням. Очевидно, що без вирішення актуальних соціальних проблем зупинення поширення соціальних хвороб є неможливим, а отже, усі освітньо-інформативні заходи в таких умовах будуть малоефективними. Зазначено, що проблематика поширення соціальних хвороб повинна перебувати в центрі уваги як державних інституцій так і громадських організацій. Загалом, залучення до вирішення низки проблем пов'язаних із впливом акультурації та зміни способу життя на поширення соціальних хвороб потребує розробки і впровадження двох основних механізмів – адміністративно-правового та соціального. Ми вважаємо, що саме соціальний механізм є пріоритетним і найбільш ефективним щодо вирішення наявних проблем у сфері суспільного здоров'я. Обґрунтовано заходи щодо боротьби з поширенням соціальних хвороб і доведено, що необхідно акцентувати не тільки на інформуванні населення самих хвороб але й на протидії небезпечним соціальним явищам та процесам, які власне і є рушійною силою поширення відповідних захворювань.

Ключові слова: політика, державна політика, соціально-небезпечні захворювання, медичний заклад.

ANOTATIONS

Kononenko L.O. State policy in the field of overcoming socially dangerous diseases

Qualification work in the specialty 281 "Public management and administration", SNAU, Sumy-2024 - Manuscript.

The qualification work reveals the concept of socially dangerous diseases, state regulation of the activities of institutions and organizations in the prevention of socially dangerous diseases. An analysis of the foundations of the formation of state policy in the field of prevention of socially dangerous diseases was conducted and the state of morbidity of socially dangerous diseases and their institutional support was investigated. Proposals were developed regarding the mechanism of state management in the field of prevention of socially dangerous diseases. Directions for improving state-public interaction in the field of combating socially dangerous diseases were substantiated. It is obvious that without solving urgent social problems, stopping the spread of social diseases is impossible, and therefore, all educational and informational measures in such conditions will be ineffective. It is noted that the problem of the spread of social diseases should be the focus of attention of both state institutions and public organizations. In general, involvement in solving a number of problems related to the impact of acculturation and lifestyle changes on the spread of social diseases requires the development and implementation of two main mechanisms - administrative and legal and social. We believe that it is the social mechanism that is the priority and most effective in solving existing problems in the field of public health. Measures to combat the spread of social diseases are substantiated and it is proven that it is necessary to focus not only on informing the population about the diseases themselves, but also on countering dangerous social phenomena and processes, which are actually the driving force behind the spread of the relevant diseases.

Keywords: politics, state policy, socially dangerous diseases, medical institution.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ПОДОЛАННЯ СОЦІАЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ПОДОЛАННЯ СОЦІАЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	20
2.1 Загальний аналіз організації системи охорони здоров'я України	20
2.2 Дослідження стану захворюваності на соціально-небезпечні хвороби	29
2.3 Аналіз державної політики в сфері подолання соціально-небезпечних хвороб	40
РОЗДІЛ 3 УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ПОДОЛАННЯ СОЦІАЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	47
3.1 Адаптація зарубіжного досвіду боротьби з соціально-небезпечними хворобами	47
3.2 Покращення державного механізму управління у сфері профілактики соціально-небезпечних хвороб	55
3.3 Розробка моделі державного управління боротьби з соціально-небезпечними хворобами в період повномасштабного вторгнення та повоєнний період	64
ВИСНОВКИ	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	72
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Серед найактуальніших проблем, що потребують негайного розв'язання на державному рівні, можна вирізнити поширення соціально-небезпечних хвороб, зростання наркозалежності молоді, зловживання алкоголем та тютюном. Окрім того, в Україні поширені й інші соціально небезпечні хвороби – туберкульоз, гепатити, хвороби, що передаються статевим шляхом, тощо. При цьому спостерігається невтішна тенденція до збільшення виявлення негативної поведінки серед молоді, хоча офіційні статистичні дані дають уявлення лише про верхівку «айсберга» проблеми поширення соціально небезпечних хвороб, епідемії яких мають «тіньовий характер».

Аналіз шляхів розповсюдження, негативних наслідків для суспільного здоров'я та інших аспектів поширення соціальних хвороб уже давно перебувають у центрі уваги вітчизняних науковців. Зокрема, цьому напрямку досліджень присвячені праці таких науковців як

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Дане питання досліджується в публікаціях: Богдан Б. В. [2], Гордієнко В.О. [9], Маландій М.В. [15], Огнев В.А. [18], Птащенко А.В. [25] та інших.

Мета. Метою дослідження є розробка науково обґрунтованих пропозицій щодо удосконалення державної політики боротьби з соціально небезпечними захворюваннями.

Завдання дослідження. Відповідно до мети нами було поставлено наступні завдання:

1. Аналітичний огляд вітчизняних та зарубіжних наукових досліджень, пов'язаних з боротьбою з соціально небезпечними захворюваннями.
2. Розробити методичні підходи до вивчення проблем боротьби з соціально небезпечними захворюваннями.
3. Вивчити законодавчу базу боротьби з соціально небезпечними захворюваннями.

4. Аналіз сучасних тенденцій стану здоров'я та поширеності соціально небезпечних захворювань.

5. Аналіз організаційного підходу до профілактики соціально небезпечних захворювань.

6. Наукове обґрунтування концепції боротьби з соціально небезпечними захворюваннями та пропозиції щодо їх розвитку та вдосконалення.

Об'єкт і предмет дослідження. є соціально-небезпечні хвороби в контексті боротьби з ними. Предметом дослідження є методичні та організаційні аспекти державної політики України у сфері боротьби з соціально-небезпечними хворобами.

Наукова новизна проведеного дослідження полягає в наступному:

- вивчені основні проблеми профілактики соціально небезпечних захворювань вивчені комплексно, на основі єдиних методологічних принципів та історичної наступності;
- запропоновано концептуальну ідею профілактики соціально небезпечних захворювань;
- розроблені комплексні підходи до профілактики соціально небезпечних захворювань, пов'язані з визначенням основних основ та пріоритетних напрямків дій щодо підвищення ролі профілактики на рівні суспільства, системи охорони здоров'я та населення;
- визначено основні тенденції поширеності соціально небезпечних захворювань;
- розроблено пропозиції щодо оптимізації роботи з профілактики соціально небезпечних захворювань з урахуванням даних експертної оцінки.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що розроблені в роботі теоретичні положення та практичні рекомендації щодо удосконалення державної політики України у сфері боротьби з соціально-небезпечними хворобами можуть використовуватися в діяльності лікувальних закладів. Теоретичне значення проведеного дослідження є у розробці

пропозицій щодо вдосконалення теоретичних та методичних засад процесу організації боротьби з соціально-небезпечними хворобами.

Методи наукових досліджень. Для досягнення визначеної мети у роботі використовують такі методи дослідження, як: діалектичного пізнання, системний, ситуаційний та прогностичний аналіз, статистичного аналізу, економіко-статистичний метод та графічний.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження доповідалися на двох конференціях:

1. Кононенко Л. Особливості боротьби з соціально небезпечними захворюваннями на регіональному рівні. *Collection of Scientific Papers with the Proceedings of the 1st International Scientific and Practical Conference «New Horizons in Scientific Research: Challenges and Solutions» (October 21-23, 2024. Marseille, France). European Open Science Space, 2024. P.92-93.*
2. Кононенко Л.О. Державна політика у сфері подолання соціально-небезпечних захворювань. *Сучасні аспекти та перспективні напрямки розвитку науки: матеріали VI Міжнародної студентської наукової конференції, м. Харків, 19 січня, 2024 рік / ГО «Молодіжна наукова ліга». Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2024. С. 61-62.*

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота містить вступу, три розділи основної частини та висновки до них, висновки та пропозицій, список використаних джерел. Основний текст роботи викладено на 60 сторінках. Список використаних джерел включає 29 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ПОДОЛАННЯ СОЦІАЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Сучасний стан вітчизняної галузі охорони здоров'я значною мірою не відповідає вимогам до важливих напрямків державної соціальної політики. Низька середня тривалість життя громадян України, високий рівень захворюваності та смертності у працездатному віці, декларування конституційних норм про безоплатність медичної допомоги – усе це та багато інших факторів свідчать про необхідність пошуку шляхів покращення умов життя населення. Соціально небезпечні захворювання - це інфекційні та неінфекційні захворювання, які мають значні негативні наслідки для нинішніх і майбутніх поколінь через високу поширеність захворювання та складність або неможливість лікування за допомогою сучасних засобів і методів, вони становлять реальну загрозу для суспільства. Ці захворювання становлять загрозу для країни та суспільства в цілому. З кожним роком зростає захворюваність і смертність від цього соціально небезпечного захворювання. Причинами загострення епідемії туберкульозу є соціально-економічна криза та її наслідки, збільшення чисельності соціально незахищених верств населення, осіб із хронічними соматичними захворюваннями, алкоголізмом, наркоманією, вірусом імунодефіциту людини.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, якість стану здоров'я населення в основному залежить від соціально-економічних факторів (приблизно тридцять сім відсотків) та умов навколишнього середовища (тридцять один відсоток) і лише на дев'ятнадцять відсотків – від біологічних та медичних факторів. Здоров'я як соціальна категорія тісно пов'язане з певним середовищем проживання та характером діяльності людини. Особливе занепокоєння викликають так звані інфекційні та неінфекційні соціальні

захворювання. Після закінчення першого етапу епідеміологічного переходу інфекційні та паразитарні хвороби не відігравали основної ролі в структурі смертності. Проте захворюваність на соціально небезпечні захворювання залишається досить високою, хоча за останні роки вона відносно знизилася.

Аналізуючи контингент хворих, можна констатувати, що вони походять з малозабезпечених сімей з асоціальним способом життя. Велика кількість хворих на хронічний туберкульоз, які відрізняються різноманітною стійкістю до асоціальної поведінки, назавжди уникають лікування. Найпоширенішими супутніми захворюваннями є синдром набутого імунodefіциту та цукровий діабет а шістдесят два відсотка хворих на туберкульоз мають комбінацію вірусу імунodefіциту та захворювань легенів.

У наукових джерелах профілактика хвороб рекомендована як одна з найважливіших медичних вказівок, що включає комплекс медичних, санітарно-гігієнічних, технічних, соціально-економічних та оздоровчих заходів, метою яких є усунення факторів ризику, що впливають на здоров'я людини, попередження виникнення захворювань і повинні забезпечити високий рівень здоров'я населення [9]. Профілактика суспільного здоров'я включає: заохочення мешканців громади стежити за власним здоров'ям, вчасно проходити профілактичні огляди, вести здоровий спосіб життя, актуалізація важливості занять спортом, психічного здоров'я та підвищення інтелектуального рівня споживання продуктів харчування для дорослих а також пояснює важливість правильного харчування дітей, висвітлюючи рівень вмісту вітамінів і мікроелементів у їжі, особливо продуктів, призначених для дитячого харчування, а також для дорослих. [1].

Активне впровадження в практичну медичну практику розвинених країн геноміки, протеоміки, метаболоміки та біоінформатики значно розширює знання вчених про патологічні процеси на біоструктурному рівні та створює умови для візуалізації ще прихованих пошкоджень. Такі досягнення дозволяють фахівцям зосередитися на до клінічній стадії захворювання, тобто

ранній стадії патології, що позитивно впливає на динаміку захворюваності та інвалідності та знижує традиційно високу вартість лікування пацієнтів.

Основною ланкою роботи з пацієнтами є прогнозування ризику захворювання, до клінічна діагностика з визначенням стадії та якнайшвидше цілеспрямоване втручання для запобігання розвитку захворювання. хвороба загострюється. Прогностична медицина – основа нової стратегії «трьох П»: профілактична, прогностична та персоналізована медицина (рисунк 2.1).

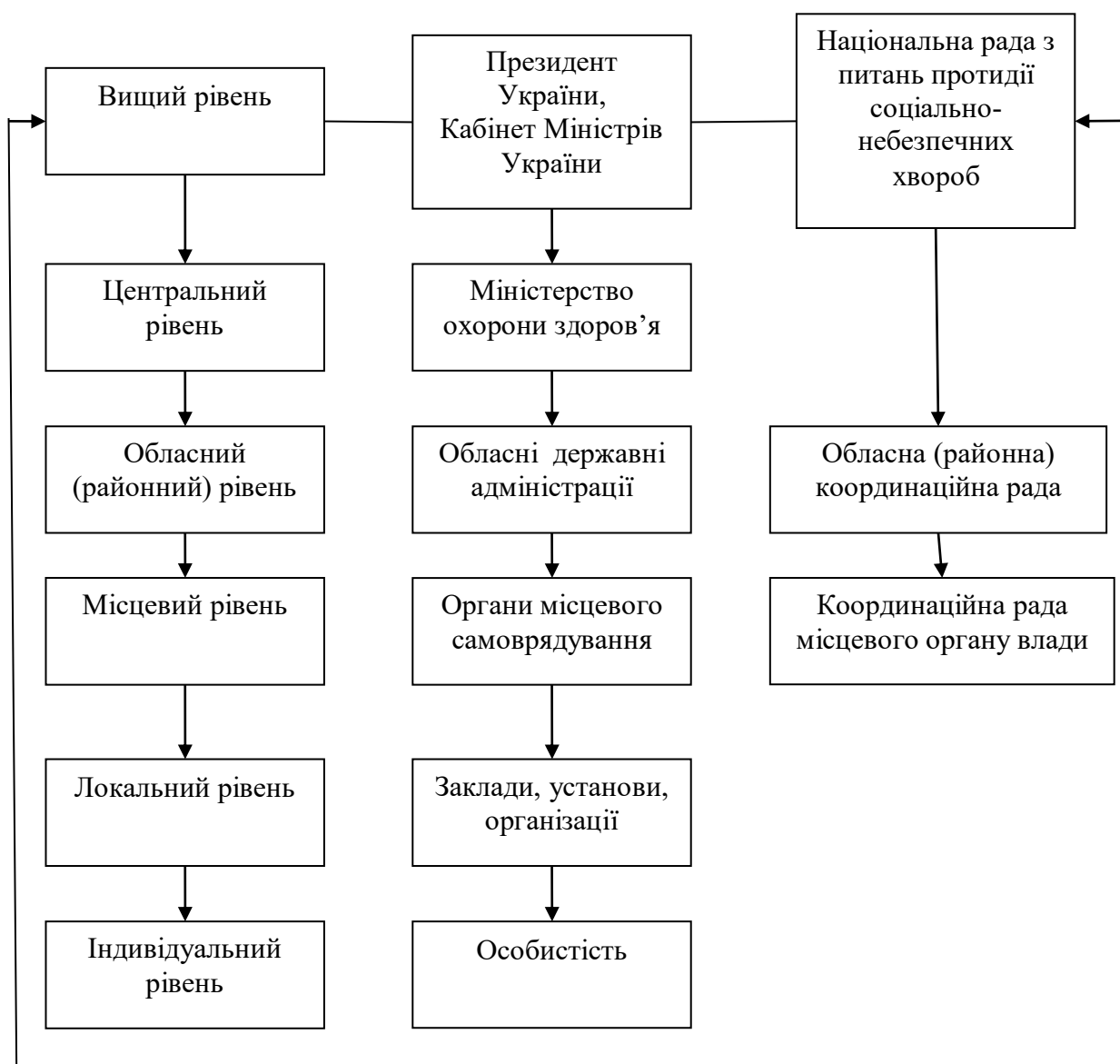


Рисунок 1.1 - Концептуальна модель національної взаємодії суб'єктів державної політики у сфері профілактики

Джерело: Опрацьовано автором

Орієнтовні розрахунки показують, що люди, які перебувають під постійним наглядом, що дозволяє виявити патологічні зміни на доклінічній стадії захворювання та вжити заходів щодо їх своєчасного усунення,

Сучасний стан вітчизняної галузі охорони здоров'я значною мірою не відповідає потребам такого важливого напрямку, як державна соціальна політика.

Низька середня тривалість життя громадян України, високий рівень захворюваності та смертності у працездатному віці, декларативність конституційної норми про безоплатність медичної допомоги – усе це та багато інших чинників вказують на необхідність пошуку шляхів покращення умов проживання людей, фармацевтичної галузі, особливо з соціальної точки зору в області небезпечних захворювань.

Нові тенденції правового регулювання охорони здоров'я мають відповідати потребам часу. Суспільне здоров'я має бути пріоритетним у питаннях реалізації політики охорони здоров'я, що зменшить навантаження на всю систему в довгостроковій перспективі. Цілісний підхід до здоров'я означає звернення уваги на фізичні психологічні, психічні, духовні та соціальні показники. Оцінка таких показників має бути системною, у їх нерозривному взаємозв'язку [1].

Розрахункові розрахунки показують, що люди, які перебувають під регулярним спостереженням, що дозволяє виявити патологічні зміни на доклінічній стадії захворювання та в яких вчасно вживаються заходи щодо їх усунення, мають повноцінне активне життя не менше восьми років. Це потенційна можливість для країни та суспільства заощадити кожній людині десятки тисяч доларів на рік. А широке використання прогностичної медицини в медичній практиці призводить до соціальної економії, яку можна оцінити в десятки мільярдів доларів на рік на кожен мільйон людей, які отримують профілактичну допомогу. Доктор Френсіс Коллінз, директор Національного інституту охорони здоров'я США, наголосив на тому, що у найближчі десять

років геноми все більшої кількості людей будуть секвеновані та записані в стандартні медичні записи, і ця інформація буде доступна для прогнозування ризику захворіти соціально-небезпечними хворобами. Те саме інформація буде важливою для вибору ліків для лікування цього захворювання, оскільки варіабельність реакції на ліки значною мірою залежить від усього генома, тому важливо створити справді нові терапевтичні засоби.

Соціально важливі захворювання - загальна назва складових інфекційних і неінфекційних нозологічних груп, які зумовлені переважно соціальними чинниками такими як: безпритульність, бідність, війни, підвищена механічна мобільність, конфлікти на великих територіях, наявність психоактивних речовин, тощо. Багато людей знаходяться в групі ризику, але пацієнти потребують соціального захисту. Профілактика, лікування що може тривати іноді протягом декількох років і одужання більшості цих захворювань потребують великих ресурсів. Цю проблему можна вирішити, усунувши джерело інфекції, знищивши умови для розповсюдження збудників і в основному поліпшивши соціальний контакт. Класифікація хвороб наведена на рисунку 1.2.



Рисунок 1.2 – Класифікація соціально-небезпечних хвороб

Джерело: Опрацьовано автором

У деяких країнах перелік соціально важливих і небезпечних захворювань визначено законом. У США виділяють інфекційні захворювання, які мають певне соціальне значення і утворюють окрему групу з так званими карантинними захворюваннями. До першої групи відносяться такі патології, як активний туберкульоз, інфекційна лепра, генітальний лімфогранулематоз, доброякісні виразки, пахові гранульоми, інфекційний сифіліс, гонорея та інші. До другої групи належать такі карантинні захворювання, як ГРВІ, Ебола та інші геморогічні лихоманки, холера, віспа, епідемії, епідемії грипу, поліомієліт, дифтерія, жовта гарячка. Основні ознаки захворювань, що мають соціальне значення: небезпека зараження оточуючих; обмеження повноцінного функціонування пацієнта в суспільстві; висока частота епідемічних процесів; щорічний приріст хворих значний; шкодить сексуально активним людям; наявність заходів профілактики та боротьби з хворобою на ранніх стадіях. Ця група захворювань потребує ефективних профілактичних заходів, до яких залучаються не лише працівники закладів охорони здоров'я а й представники влади, освіти та населення. Більшість з них потребують профілактики та лікування в деяких випадках довічного а одужання пацієнта є причиною інвалідизації, що негативно впливає на якість та тривалість життя та на витрати держави на їх лікування та забезпечення. За останнє десятиліття поширення значущих соціально важливих захворювань завдало великої шкоди всьому суспільству та є чинником, що породжує витрати на профілактику, лікування та реабілітацію, гальмуючи економічний розвиток України.

Оскільки, відповідно до Конституції України, основою державної політики має бути людина, це не можна ігнорувати при розробці сучасної моделі державної політики щодо лікування та профілактики соціально небезпечних захворювань, яка спрямована на створення системи соціального захисту. найкраща ситуація для нас.

Останніми роками органи законодавчої та виконавчої влади нашої країни приділяють підвищену увагу розвитку соціальної сфери та покращенню

соціального захисту населення, що виражається в прийнятті окремих нормативно-правових актів соціального характеру та небагатьох. збільшення населення. кошти, що спрямовуються на людський капітал, при частковій реалізації принципу адресності підтримки різних соціальних груп тощо. Практично всі політичні блоки та партії головним у своїх передвиборчих програмах вважають лікування та профілактику соціально небезпечних захворювань. Однак існує велика різниця між ідеологічною декларацією та конституційними засадами становлення соціальної держави, з одного боку, та реальною практикою органів державної влади, з іншого боку, у підготовці та реалізації політики поводження з та профілактики соціально небезпечних захворювань. інший. На жаль, розпочаті в цій державі реформи поки що не призвели до суттєвого покращення умов життя українського народу. З іншого боку, загострюються багато соціальних проблем. Серед них: величезна різниця між рівнем доходів багатих і бідних, різниця між рівнем заробітної плати та їх реальною продуктивністю, неефективна робота системи охорони здоров'я, різниця в пенсіях та інші. Основна причина всіх цих проблем полягає в тому, що більшість науковців і практиків вважають обмеженість фінансових ресурсів і здійснюють створення та реалізацію проектів, спрямованих на лікування та профілактику соціально небезпечних захворювань, виключно виходячи з фінансових можливостей країни.

Тому необхідно розробити єдину стратегію державної політики щодо лікування та профілактики соціально небезпечних захворювань, яка стане пріоритетним напрямком її розвитку. Досягти цього неможливо без теоретичного осмислення сучасного змісту, форми та інструментів політики країни, а також аналізу напрямів реалізації. На нашу думку, ця стратегія має сформувати державну гарантію реалізації всіма людьми і громадянами прав і свобод, гарантованих Конституцією України. Необхідність створення цілісної, цілісної та ефективної моделі соціальної політики особливо помітна в умовах світової фінансової кризи, наслідки якої можуть не принести користь світовій економіці загалом та економіці України зокрема. Тому основним завданням

органів державної влади є розробка стратегії соціального розвитку країни і на її основі прийняття в Україні відповідних законів та нормативно-правових актів, спрямованих на впровадження способів та методів лікування та профілактики соціально небезпечних захворювань.

Під час формування національної політики у сфері профілактики та боротьби з соціально небезпечними захворюваннями серед експертів та пересічних громадян часто можна почути, що головну роль в успішному проведенні медичних реформ відіграє фінансування. Ми вважаємо, що збільшення фінансування нічого не змінить, тому потрібно працювати над розробкою якихось профілактичних заходів, які зменшать кількість хворих і необхідні ресурси.

Нині однією з важливих сфер ринкової економіки є система охорони здоров'я, результатом діяльності якої є відтворення людського капіталу шляхом перерозподілу тимчасово вільних фінансових ресурсів держави, населення, усіх учасників відтворювального процесу та бізнесу. Нині в Україні, як незалежній державі, чільне місце посідає організація належного рівня функціонування галузі охорони здоров'я, як одного з найважливіших елементів розвитку соціальної сфери країни. Статтею 49 Конституції України визначено, що держава зобов'язана створювати достатні умови для забезпечення доступної та ефективної медичної допомоги та безкоштовної медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я всім без винятку громадянам.

З метою повного та всебічного розгляду терміну державна політика захисту населення від інфекційних захворювань нами вбачається за необхідне уточнити відмінності між складовими поняття: політика та національна політика та окремо виділити державну політику в конкретній сфері застосування – під час здійснення захисту населення від соціально-небезпечних хвороб. Термін політика досліджували не лише вчені-юристи, а й фахівці з політології та державного управління. У цій сфері політика розглядається як діяльність державної влади, яка реалізується шляхом виконання або не реалізації своїх

повноважень, а також певних державних програм, спрямованих на контроль суспільних інтересів.

Системний аналіз викладеного вище наукового підходу до розробки змісту поняття державна політика дає підстави для формулювання сутності державної політики: державна політика як організованої діяльності, спрямованої на групу органів державної влади у системній взаємодії з метою розробки рішень, які здатні вирішити певні проблеми, спрямовані на задоволення суспільних інтересів.

Державна політика може реалізовуватися в різних сферах соціальної функції. Сфера охорони здоров'я не є винятком. Інструментами державної політики для вирішення завдань у тій чи іншій сфері застосування є адміністративно-організаційні, фінансово-економічні, правові та інформаційні засоби. Державна політика охорони здоров'я населення визначається нормами нормативно-правових актів України, серед яких слід відзначити в першу чергу нормативно-правові акти, якими визначено, що держава в особі Верховної Ради України формує державну політику охорони здоров'я та забезпечує її здійснення за рахунок бюджетних асигнувань в обсязі, який має задовольняти науково обґрунтовані потреби, але не менше десяти відсотків доходу від загальнодержавних потреб [12].

У результаті аналізу ряду нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я маємо підстави зробити висновок, що державна політика щодо захисту населення від соціально-небезпечних хвороб є частиною державної політики охорони здоров'я. На нашу думку, державна політика, спрямована на захист населення від інфекційних хвороб являється комплексом системних заходів держави та уповноважених нею органів громадського управління, метою яких є попередження та недопущення поширення соціально-небезпечних хвороб серед населення України з урахуванням міжнародних стандартів. Переконані, що національна політика щодо захисту населення від соціально-небезпечних хвороб наразі перебуває у нестабільному формуванні, адже більшість нормативних актів, які визначають напрямок національної політики,

визначають її проблемні аспекти та вибудовують стратегії її вирішення які містять лише декларативні положення та не має достатнього повного та своєчасного бюджетного фінансування. Крім того, державна політика щодо захисту населення від соціально-небезпечних хвороб розробляється та реалізується шляхом аналізу та врахування поточного стану епідемічної ситуації, що складається в державі, іноді з неочікуваними наслідками. Тому необхідно посилити правові та адміністративно-організаційні заходи для забезпечення правильної реалізації державної політики у сфері захисту населення від соціально-небезпечних хвороб.

На сьогоднішній день вітчизняна система охорони здоров'я адаптується до таких змін на тлі ракетних обстрілів закладів охорони здоров'я. Ми вважаємо, що в умовах воєнного стану всі заклади охорони здоров'я мають змінити систему управління відповідно до поточних потреб.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ПОДОЛАННЯ СОЦІАЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

2.1 Загальний аналіз організації системи охорони здоров'я України

Охорона здоров'я є однією з найважливіших галузей соціально-економічного розвитку країни. В умовах складної політичної та економічної ситуації в Україні сфера охорони здоров'я залишається складною та потребує ретельної оцінки та реформування. Важливість цього дослідження полягає в тому, що воно фокусується на ключових аспектах системи охорони здоров'я, які самі по собі можуть підвищити доступність, якість та ефективність медичних послуг для всіх верств населення, сформулювати принципи його діяльності та діяльності в Україні.

Український народ є головною силою суспільства, об'єктом і продуктом економічних, соціальних, політичних та інших відносин. Окрім розміру суші, чисельність населення є одним із найважливіших факторів, що визначають позицію нашої країни проти глобальної системи.

Підхід громадської охорони здоров'я зосереджується на запобіганні захворюванням і покращенні здоров'я населення за допомогою комплексних програм і втручань. Головне завдання цієї моделі – попередити захворювання та оздоровити країну. Ця модель зазвичай базується на громадських організаціях або організаціях охорони здоров'я, які надають медичні послуги та інформацію. Водночас основна увага приділяється охороні здоров'я та профілактиці захворювань, реалізації національних програм вакцинації, нагляду за захворюваннями та освіті щодо національних переваг, переваг самої моделі або врахування її поточних недоліків порівняно з потребами та обставинами окремі країни. Однак державний сектор може зіткнутися з обмеженнями фінансових і людських ресурсів, а бюрократичне перевантаження

в організаціях державного сектору може призвести до затримок і неефективності.

Головним споживачами послуг з охорони здоров'я є населення. Стосовно прогнозів кількості наявного населення за інформацією Кабінету Міністрів та прогнозами науковців на липень 2024 року. 31,1 мільйона людей проживають на підконтрольних уряду територіях.

В порівнянні з даними Всеукраїнського перепису населення України, який проходив 5 грудня 2001 року коли чисельність населення становила 48,5 млн. осіб, що на 17,4 млн. грн. менше.

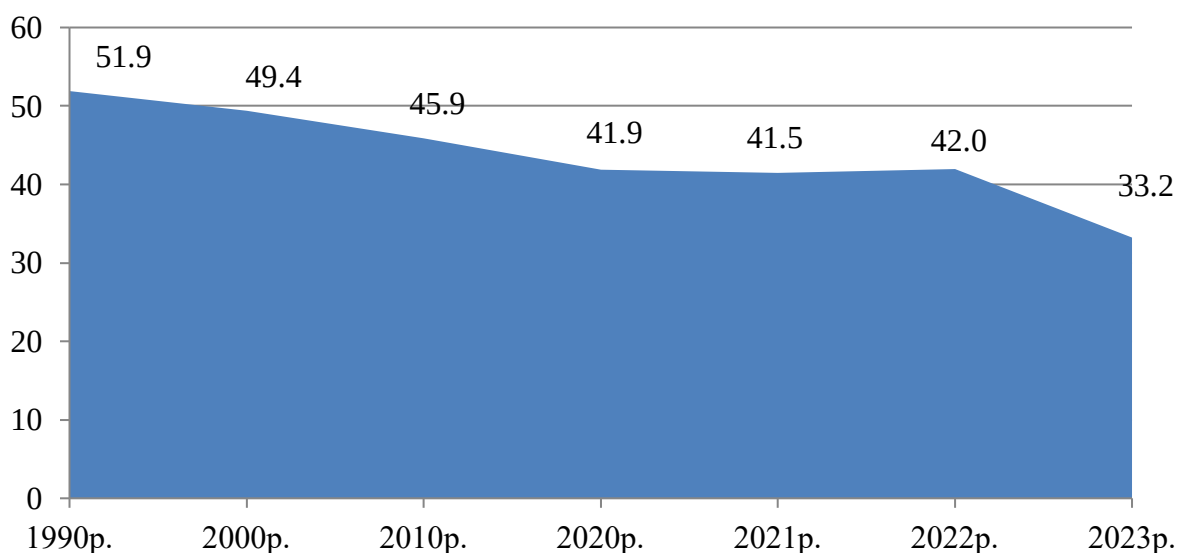


Рисунок 2.1 – Чисельність наявного населення, млн. осіб

Джерело: [8]

За даними Інституту проблем демографії та якості життя НАН, чисельність населення України становила:

- станом на 1 січня 2022 року - 42 млн. осіб,
- станом на липень 2024 року – 35,8 мільйона людей, у тому числі 31,1 мільйона людей у сферах, де юрисдикція здійснюється федеральними урядами.

Як зазначається в стратегії, враховуючи виклики та виклики, які залишаться після завершення бойових дій, населення України за даними Демографічного інституту може скоротитися:

- до 2041 року – 28,9 млн. осіб,
- до 2051 року – 25,2 млн. осіб.

На жаль прогнозування чисельності населення ускладнюється відсутністю необхідних даних, особливо через неможливість врахувати щільність населення в населених пунктах, а також різний характер конфліктних ситуацій».

За даними МВФ, населення України у 2021 році становило 41,0 млн. осіб. Вона скоротилася до 35,0 млн. осіб у 2022 році та 33,2 млн. осіб у 2023 році.

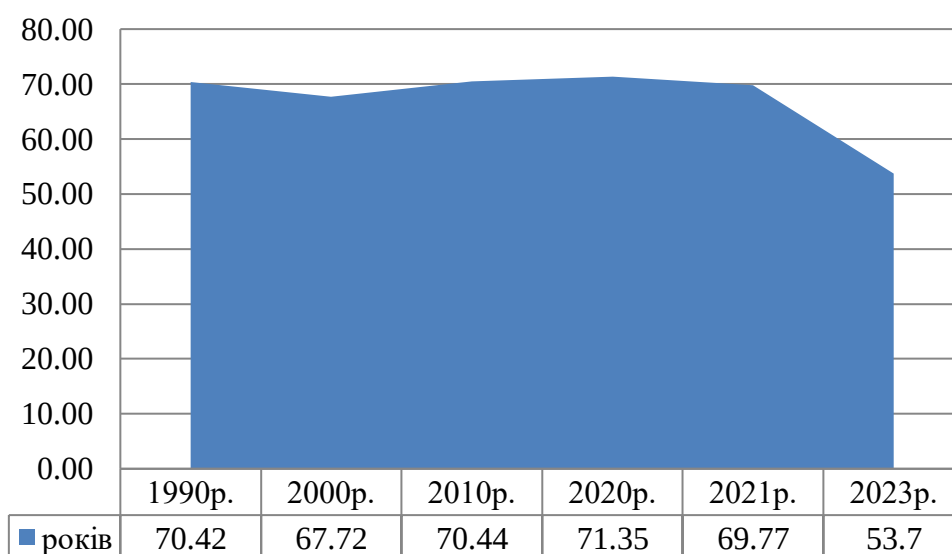


Рисунок 2.2 - Середня очікувана тривалість життя при народженні, років
Джерело: [8]

За статистикою ООН, 19 серпня 2024 року кількість українських біженців у світі сягнула 6,739 млн. осіб. З них 6,168 мільйона біженців були зареєстровані в Європі та 0,571 мільйона за межами Європи.

За даними НБУ, складна енергетична та економічна ситуація призвела до збільшення міжнародної міграції в липні 2024 року. З початку року кількість мігрантів зросла майже на 400 тис. людей.

Крім того, є мільйони людей в інших країнах. Узагальнені дані ООН показують, що кількість мігрантів, які покинули Україну через війну, становить

6,3 мільйона осіб. Це число може перевищувати кількість українців, які проживають за кордоном, з кількох причин:

- врахування осіб, які виїжджають з України з громадянством інших країн, крім України та країн ЄС;
- перереєстрація осіб як міжнародних подорожуючих;
- повернення громадян України, які ще зареєстровані за кордоном.

На основі аналізу даних українських та іноземних прикордонних служб Центр економічної стратегії оцінює кількість українців, які проживають за кордоном, на січень 2024 року в 4,9 млн. осіб.

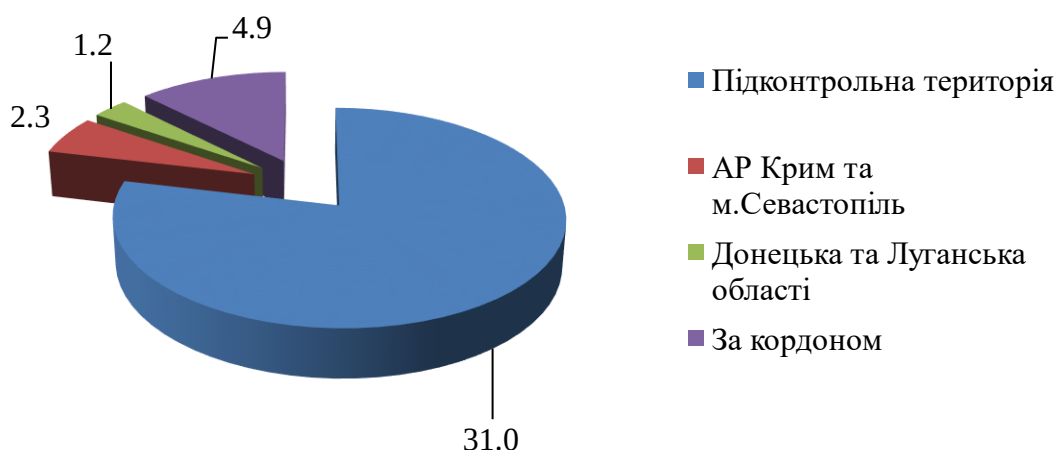


Рисунок 2.3 - Розподіл населення України, млн. осіб

Джерело: [26]

Віковий розподіл населення України вже не можна назвати пірамідою – ми роками бачимо різну картину на графіках. Згідно з поточною статистикою, 15% наявного населення молодше 18 років, а 27% старше 60 років.

Аналізуючи середній вік населення можна сказати, що населення нашої країни старіє. Частка літніх людей працездатного віку в загальній чисельності населення у 2023р. становила 31,8%, що відповідає старшому населенню за стандартами ООН. У зв'язку зі старінням населення виникають труднощі з наповненням Пенсійного фонду, який базується на співвідношенні кількості

пенсіонерів до тих, хто вносить внески до фонду, що залежить від економічної ситуації та супутніх факторів населення. Співвідношення працездатних до непрацездатних становить одна ціла дев'ять десятих. Якщо економіка має підстави сподіватися, що ситуація покращиться, то прогнози населення на найближчі 50 років дуже тривожні.

Лібералізація еміграції чоловіків призовного віку зменшила їх кількість. За статистикою Інституту демографії та проблем якості життя НАН України, сьогодні на кожні 100 жінок припадає 94 чоловіки.

До повномасштабного вторгнення ця цифра становила 86, що було другим найнижчим показником у світі.

Промінчиком надії в похмурій картині гендерного віку можна вважати дітей, народжених на початку 2010-го року, тому що їх народилося більше, ніж у попередні десятиліття і пізніше. Більша частина зараз залишилася в Україні. Водночас можна очікувати значного покращення без пекової ситуації в Україні до досягнення репродуктивного віку.

На жаль Україна залишається однією з країн світу з найнижчим рівнем народжуваності. Навіть найкращі економісти не намагаються порахувати кількість народжених у зв'язку з тим, що при підрахунку коефіцієнтів виникає проблема з чисельником і знаменником. Коефіцієнт народжуваності кількісно визначає, скільки дітей народжує жінка в поколінні протягом свого життя, припускаючи, що коефіцієнт народжуваності постійний для всіх вікових груп. Розраховується за кількістю народжених у всіх вікових групах. Розмір не залежить від вікового розподілу населення та відображає кількість народжених у певному році. Виникають також питання пов'язані з тими українцями, які знаходяться за кордоном. Наприклад є питання чи може в Україні народитися дитина від громадян України, які проживають в Європейському Союзі два роки і не мають наміру повертатися. Як врахувати дитину, народжена в таборах, вивезених окупантами, які евакуювали російські табори. У тексті Стратегії на 2021 рік повний довоєнний середній показник народжених становить 1,16. Це не тільки нижче середнього коефіцієнта народжуваності (2,1-2,2), але й значно

нижче пікового показника, який був у 2012 році і складав - 1,53. За оцінками науковців та статистиків, коефіцієнт народжуваності в Україні може становити 0,8-0,9 (рисунок 2.4).

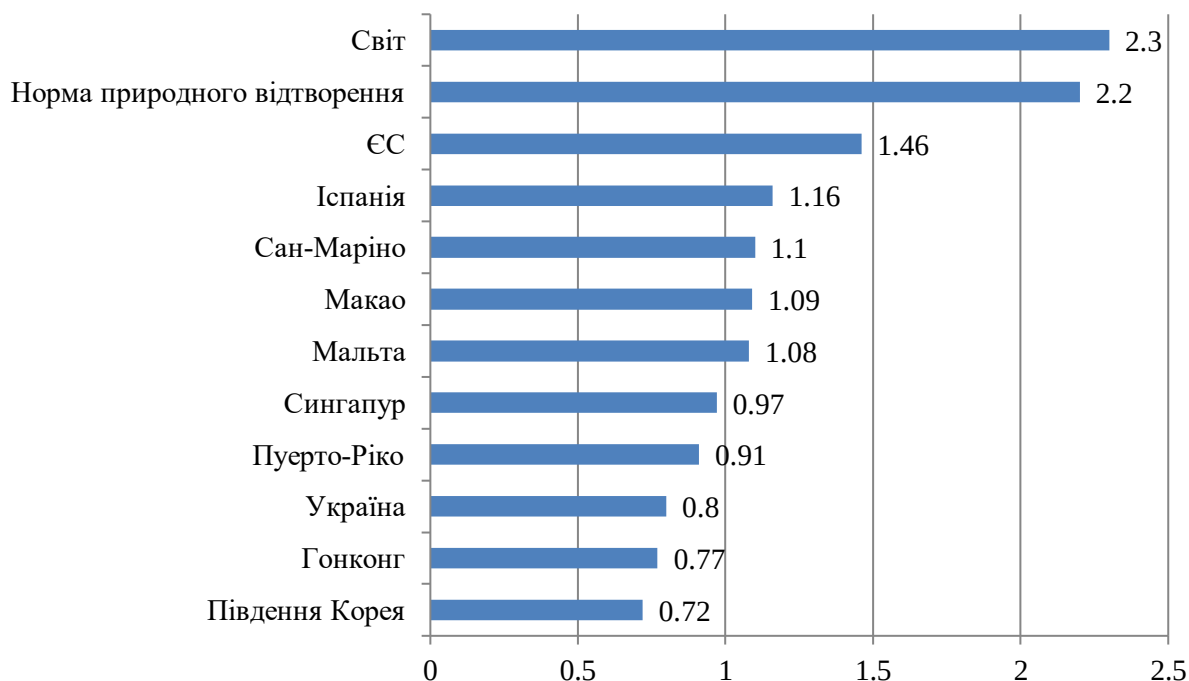


Рисунок 2.4 - Десять країн з найнижчим показником народжуваності
Джерело: [26]

За даними у 2023 році в Україні народилося 187 тис. дітей. Період дитинства є найнижчим за всю історію спостережень, навіть з урахуванням дітей іноземців та дітей-мігрантів, які не перебували в регіонах України. Ситуація склалася критична, тому що на території України вже три століття не народжуються діти. Якщо взяти до уваги чисельність українського населення, а також кількість новонароджених на 1000 жителів 50 у дев'ятнадцятому сторіччі проти 6 у 2023 р. Також у 1719 році, коли населення сьогodнішніх кордонів оцінювалося лише в 5,7 мільйона, кількість народжених оцінювалася приблизно в 280,0 тисяч осіб.

До нехтування репродуктивною функцією жінки також призводять захворювання, що передаються статевим шляхом. В умовах інфекцій вагітної жінки підвищується ризик несприятливого перебігу вагітності, інфікування

плода, а отже, ризики для здоров'я майбутньої дитини. Поширеність інфекцій, що передаються статевим шляхом, є високою, і, як наслідок, негативний вплив цих інфекцій на результати репродуктивного здоров'я в Україні є вищим, ніж у європейських країнах. Хоча захворюваність на соціально-небезпечні хвороби значно знизилася, експерти наголошують, що захворюваність на ці хвороби зменшується. Так, серед жінок практично в два рази зменшилась захворюваність на сифіліс, у п'ять разів на гонококову інфекцію, у п'ять разів – на хламідіоз, у п'ять разів – на урогенітальний мікоплазмоз, у чотири рази – на трихомоніаз (рис. 2.5).

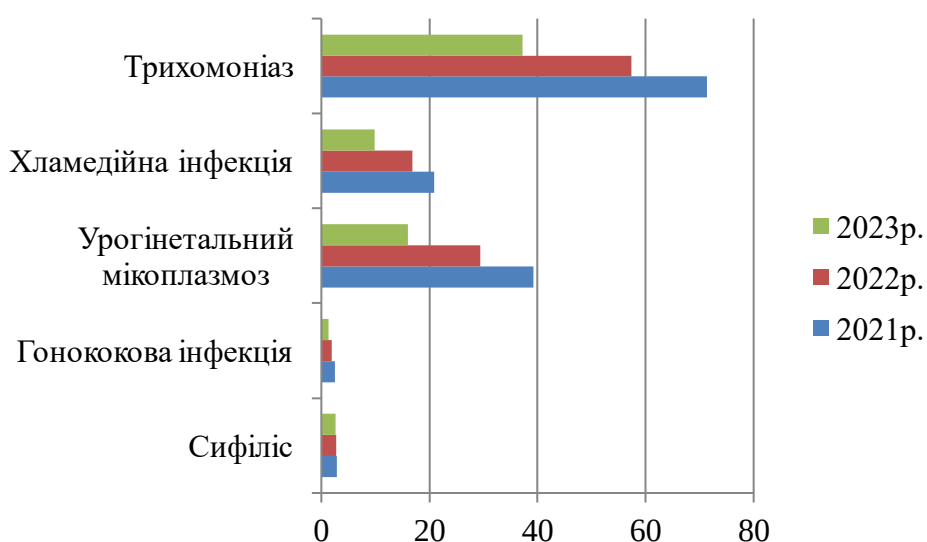


Рисунок 2.5 - Динаміка захворюваності жінок на інфекції, що передаються переважно статевим шляхом в Україні, 2021–2023роки (на 100 тис. жіночого населення, на початок року)

Джерело: [11]

Особи, які страждають на інфекції, що передаються статевим шляхом, входять до групи високого ризику інфікування ВІЛ, що пояснюється їх сексуальною поведінкою (нездорові стосунки, нетрадиційні види сексу), а також через відсутність заходів захисту, що значно підвищує ризик. Під час ВІЛ-позитивних стосунків. За останні роки поширеність ВІЛ-інфекції серед вагітних в Україні оцінюється в рамках 0,55–0,6 відсотків. Водночас рівень

передачі від матері до дитини за раннім виявленням методом соціально-небезпечних хвороб становив 1,4% на початок 2022 року році та 1,5% на початок 2023р.

Дослідження показали, що кількість лікарняних закладів за період дослідження знизилася на 10 відсотків за три роки. Важливим є те, що відбулося також зменшення кількості лікарняних ліжок на 6 відсотків. Це в першу чергу пов'язано з російським вторгненням коли багато територій було окуповано та медичні працівники виїхали за кордон.

Таблиця 2.1 – Динаміка кількості лікарняних закладів та лікарняних ліжок

	2021р.	2022р.	2023р.	2023р. До 2021р. (%)
Кількість лікарняних закладів, одиниць	1135	1065	1022	90
Число лікарняних ліжок, одиниць	228120	216930	215308	94

Джерело: [11]

Аналізуючи кількість медичного персоналу необхідно відмітити, що він скоротився на 7,4 відсотка (таблиця 2.2). Найбільше скорочення відбулося в Донецькій та Запорізьких областях, що пов'язано з повномасштабним вторгненням РФ та тимчасовою окупацією територій. Виїзд медичних працівників за кордон серйозно вплинув на забезпечення населення якісними медичними послугами. З часом лікарі та середній медичний персонал частково повернулися, що можна побачити в таблиці 2.2. За даними МОЗ, 3 відсотки медпрацівників виїхали за кордон. Станом на кінець 2023 року в Україні було 257 тис. медсестер і 160 тис. лікарів, йдеться в статистиці МОЗ щодо перевірених закладів. Перед війною їх чисельність становила відповідно 308 тис. і 179 тис. осіб. Зважаючи на скорочення населення внаслідок еміграції, скорочення кількості лікарів не мало негативних наслідків. Проте скорочення кількості лікарів могло відбутися ще до війни. З 2015 року кількість лікарів в Україні скоротилася на 16%, а медсестер – на третину.

Таблиця 2.2 – Динаміка чисельності медичних працівників, осіб

	2021р.	2023р.	2023р. до 2021р. (%)
Разом	143 887	133 237	92,6
АР Крим	0	0	0,0
Вінницька	6 738	6 420	95,3
Волинська	3 429	3 478	101,4
Дніпропетровська	10 994	10 556	96,0
Донецька	5 342	3 838	71,8
Житомирська	3 912	3 794	97,0
Закарпатська	3 862	3 906	101,1
Запорізька	6 807	4 710	69,2
Івано-Франківська	7 008	6 574	93,8
Київська	5 546	5 304	95,6
Кіровоградська	2 650	2 751	103,8
Луганська	1 847	1 171	63,4
Львівська	11 760	11 433	97,2
Миколаївська	2 910	2 721	93,5
Одеська	9 123	8 383	91,9
Полтавська	5 795	5 949	102,7
Рівненська	4 075	4 148	101,8
Сумська	3 672	3 524	96,0
Тернопільська	4 845	4 842	99,9
Харківська	10 540	9 066	86,0
Херсонська	2 666	1 454	54,5
Хмельницька	4 574	4 492	98,2
Черкаська	3 683	3 647	99,0
Чернівецька	4 653	4 452	95,7
Чернігівська	3 260	3 023	92,7
м.Київ	14 196	13 601	95,8
м.Севастополь	0	0	0,0

Джерело: [11]

В формуванні держаної політики боротьби з соціально-небезпечними хворобами важливе місце займають спеціалісти-професіонали, кількість яких за період з 2021р. до 2023р. зменшилася на 337 осіб. Це викликає занепокоєння у зв'язку з тим, що зменшення кількості лікарів може привести до спалаху епідемії в країні. Процеси економічного розвитку України потребують використання різноманітних державних інструментів. Одним із таких інструментів є процес планування та управління суспільними благами та послугами.

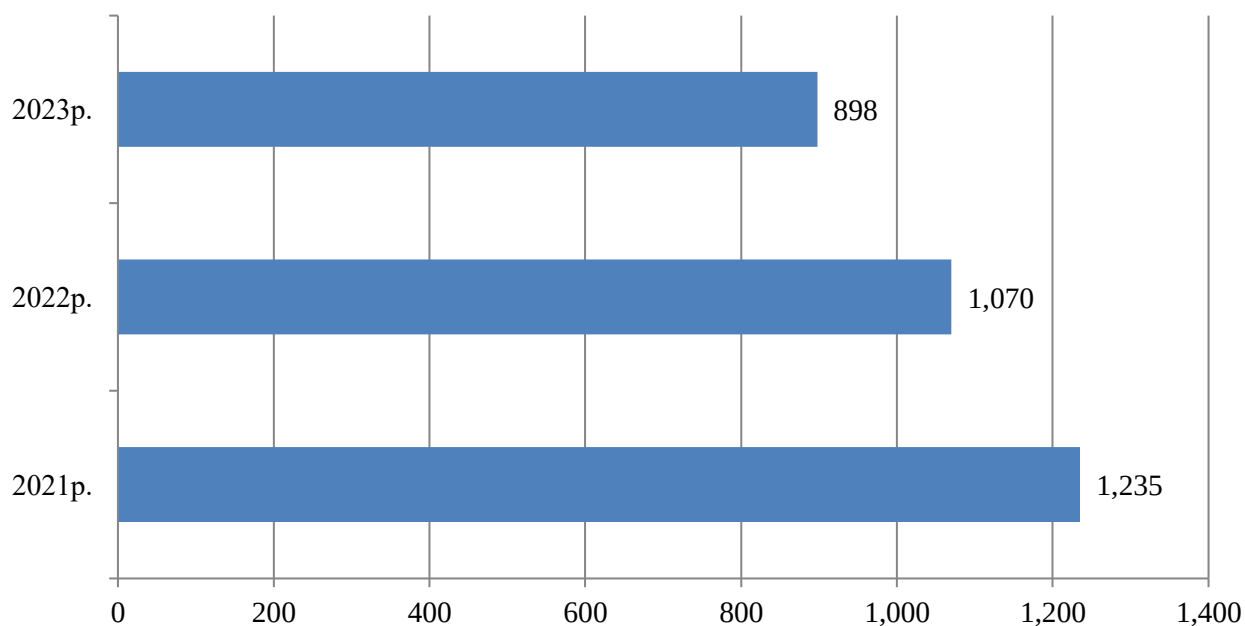


Рисунок 2.6 - Динаміка кількості фтизіатрів за 2021-2023рр., осіб

Джерело: [11]

Успіх роботи медичних закладів в боротьбі з соціально-небезпечними хворобами значною мірою пояснюється спроможністю організації мобілізувати ресурси, які не завжди доступні та учасників, які мають справу з ключовими місцевими економічними проблемами, що дозволяє керівному органу досягти високого рівня ресурсів у програмній діяльності. «Проблема – мета – ресурси – результат» збільшує ймовірність вирішення проблеми. Оцінка стану існуючих медичних закладів дозволила визначити основні проблеми охорони здоров'я України та зосередити увагу на меті їх подолання – боротьбі з соціально-небезпечними хворобами.

2.2 Дослідження стану захворюваності на соціально-небезпечні хвороби

Туберкульоз є однією з найпоширеніших проблем охорони здоров'я та однією з 10 основних причин смерті в усьому світі. Він є основною причиною смерті людей, які живуть з ВІЛ. У 2023 році приблизно у 8,2 мільйона людей

буде діагностовано туберкульоз, що є найбільшою кількістю з початку епідагляду в 1995 році. Незважаючи на зменшення на 70 000 смертей від туберкульозу, туберкульоз залишається основною причиною смерті від інфекційних захворювань у світі.

Найбільше хворих на туберкульоз виявлено в Індії, Індонезії, Китаї, Філіппінах і Пакистані. На ці п'ять країн припадає 56% усіх випадків туберкульозу у світі. Незважаючи на наявність нових протитуберкульозних препаратів, ранню діагностику та інші стратегії боротьби з туберкульозом, хвороба продовжує вбивати.

На думку експертів, основними проблемами у боротьбі з туберкульозом є:

- глобальний доступ до протитуберкульозних препаратів. У 2023 році просили 22 млрд. доларів, а виділили лише 5,7 млрд. доларів;
- зростання захворюваності на лікарсько-стійкий туберкульоз, виживаність якого становить 68%;
- відсутність доступу до медичної допомоги. Згідно зі звітом, понад 20% хворих на туберкульоз несуть великі витрати на лікування та догляд за хворобою;
- безкоштовне фінансування досліджень з туберкульозу, включаючи вакцини та нові протитуберкульозні препарати;
- медичні проблеми (ВІЛ, алкоголізм, куріння, діабет);
- відсутність волі влади.

Всесвітня організація охорони здоров'я оприлюднила Глобальний звіт про туберкульоз за 2024 рік, який підтверджує, що світ далекий від мети подолання епідемії туберкульозу. До 2024 року прогнози визначили 193 країни та території, де проживає понад 99% населення світу та де були зареєстровані випадки туберкульозу. Згідно зі звітом, у 2023 році було зареєстровано 10,8 мільйона нових випадків, що менше з 10,7 мільйона в 2022 році, але зросло з 10,4 мільйона в 2021 році. Більшість випадків збільшення випадків туберкульозу в 2022-2023 роках пов'язано зі зростанням нових випадків інфікування на 100 000 населення який становив 134 у 2023 році, що становить

збільшення на 0,2% порівняно з 2022 роком. У 2023 році на 30 країн із високим рівнем захворюваності припадало 87% випадків, а на п'ять припадало 56% випадків: Індія, Індонезія, Китай, Філіппіни та Пакистан з яких 55% хворих становили чоловіки, 33% – жінки, 12% – діти та підлітки.

Прогрес у досягненні нових глобальних цілей на 2027 рік, прийнятих на нараді ООН на високому рівні з туберкульозу у 2023 році, виглядає наступним чином:

- охоплення експрес-тестом на туберкульоз: мета – 100% нових випадків; 2023 рік - 48%;
- охоплення протитуберкульозним лікуванням: цільовий показник – 90%; 2023 рік - 75%;
- охоплення протитуберкульозним лікуванням: цільовий показник серед груп ризику – 90%; 2023 р. – 21% серед хворих на туберкульоз, які не прив'язані до будинку, та 56% серед людей, які живуть з ВІЛ;
- наявність нового безпечного та ефективного протитуберкульозного препарату: мета протягом наступних п'яти років; 2023 р. – чотири вакцини для III ст. в тестах;
- фінансування профілактики, контролю та лікування туберкульозу: мета становить 22 мільярди доларів США; 2023 рік - 5,7 мільярда доларів;
- фінансування досліджень туберкульозу: мета 5 мільярдів доларів США; 2022 рік - 1 мільярд доларів.

Дані таблиці свідчать, що кількість хворих на активний туберкульоз за період дослідження збільшилося на 14,3 відсотка по Україні в цілому. Найбільше збільшення відбулося в Вінницькій та кіровоградській області практично в два рази, відсутність даних по Луганській області пов'язано з окупацією території. Дані по Донецькій області теж на нашу думку не відповідають дійсності у зв'язку з недостатньою кількістю інформації.

Значні втрати людей зафіксовано у Дніпропетровській, Підкарпатській, Кіровоградській, Одеській, Миколаївській та Чернігівській областях. Це підкреслює тяжкість захворювання в цих областях.

Таблиця 2.1 – Динаміка хворих на активний туберкульоз, осіб

Адміністративні території	2021р.	2022р.	2023р.	2023р.у % до 2021р.
Вінницька	225	421	492	218,7
Волинська	341	377	443	129,9
Дніпропетровська	1 236	2 052	1 598	129,3
Донецька	502	164	171	34,1
Житомирська	361	393	437	121,1
Закарпатська	394	510	533	135,3
Запорізька	449	302	382	85,1
Івано-Франківська	259	304	352	135,9
Київська	503	490	530	105,4
Кіровоградська	255	408	463	181,6
Луганська	206	32	0	0,0
Львівська	732	801	787	107,5
Миколаївська	324	317	434	134,0
Одеська	1 278	1 177	1 254	98,1
Полтавська	264	413	480	181,8
Рівненська	263	331	341	129,7
Сумська	256	285	345	134,8
Тернопільська	139	206	184	132,4
Харківська	549	359	665	121,1
Херсонська	291	159	79	27,1
Хмельницька	236	250	336	142,4
Черкаська	279	348	373	133,7
Чернівецька	134	169	205	153,0
Чернігівська	289	241	262	90,7
м. Київ	476	416	560	117,6
Україна	10 241	10 925	11 706	114,3

Джерело: Джерело: сформовано автором за [11]

Рівень смертності в Україні за 2023 рік становив 6,9 на 100 тис. населення. Найнижча смертність зафіксована в Херсонській, Запорізькій, Тернопільській, Сумській, Донецькій та м. Києві. У 9 з 25 пунктів (36% від загальної кількості) смертність була нижчою за показник 2022 року. Якщо для досягнення цілей стратегії необхідне однорічне та заплановане зниження смертності на -7%, то лише дві області, Сумська та Львівська, мали порівнянне зниження. У Луганську, Донецьку та Херсоні смертність становила менше 50%, що свідчить про ефективність бойових дій на цих напрямках. У деяких інших областях

(Житомирська, Підкарпатська, Кіровоградська, Полтавська) підвищення смертності може бути пов'язане з підвищенням захворюваності. Підсумовуючи, можна сказати, що порівняно з 2020 роком в Україні спостерігається зменшення кількості смертей, причинами чого можуть бути еміграція та зміни демографічної ситуації.

За останні чотири роки спостерігається зниження захворюваності на туберкульоз: у 2023 році захворюваність на туберкульоз знизилася на 8,2% порівняно з рівнем 2022 року. Найвища захворюваність на туберкульоз в Одесі (112,2), Кіровограді (79,3), Миколаєві (65,1), Дніпропетровська (66,3) і Підкарпатська (64,1) областях. Порівняно з показниками 2022 року поширеність туберкульозу була вищою на Волині та Кіровоградщині (рис. 2.7).

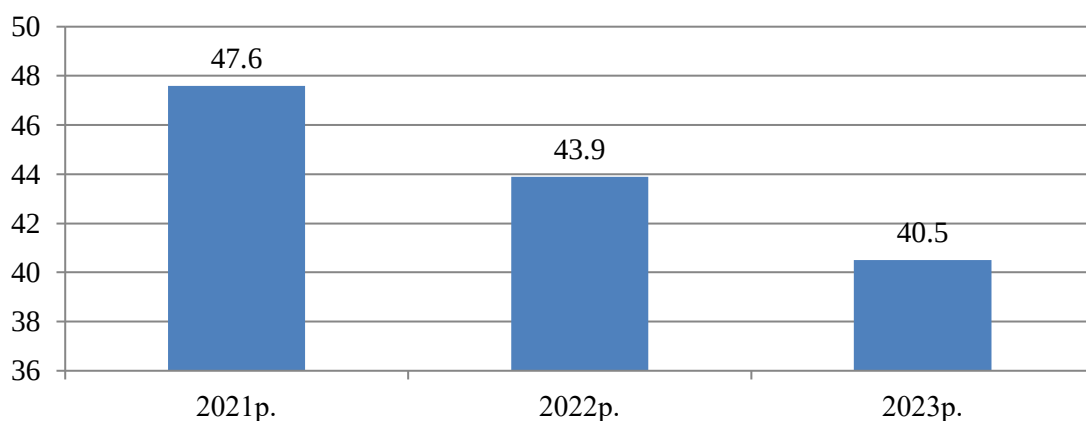


Рисунок 2.7 - Поширеність усіх форм активного туберкульозу серед населення України за період 2019–2023 рр. (на 100 000 населення)

Джерело: [11]

У період між 2017–2023 роками частка населення з діагнозом туберкульоз легень зросла з 66,9% у 2017 році до 73,9% у 2023 році. Поліпшення скринінгу на туберкульоз пояснюється розширенням доступу до діагностичних послуг з використанням стратегій епідеміологічного нагляду, такі як Програми скринінгу на туберкульоз, підвищення обізнаності та навчання медичних працівників, серед іншого.

Згідно з поточним аналізом, кількість нових випадків туберкульозу/ВІЛ зменшилася з 5800 до 3501 за період 2019–2023 рр., як і кумулятивна захворюваність на туберкульоз та супутні захворювання, пов’язані з ВІЛ /ТБ на 22,8% з до 17,5%. Захворюваність на туберкульоз/ВІЛ знизилася з 13,2 у 2019 році до 8,2 на 100 тис. населення у 2023 р. Найвищий показник захворюваності на туберкульоз/ВІЛ в Одеській області – 36,9/100 тис. жителів, найменший у Чернівецькій області – у – 1,5/100 тис. людей. (рисунок 2.8).

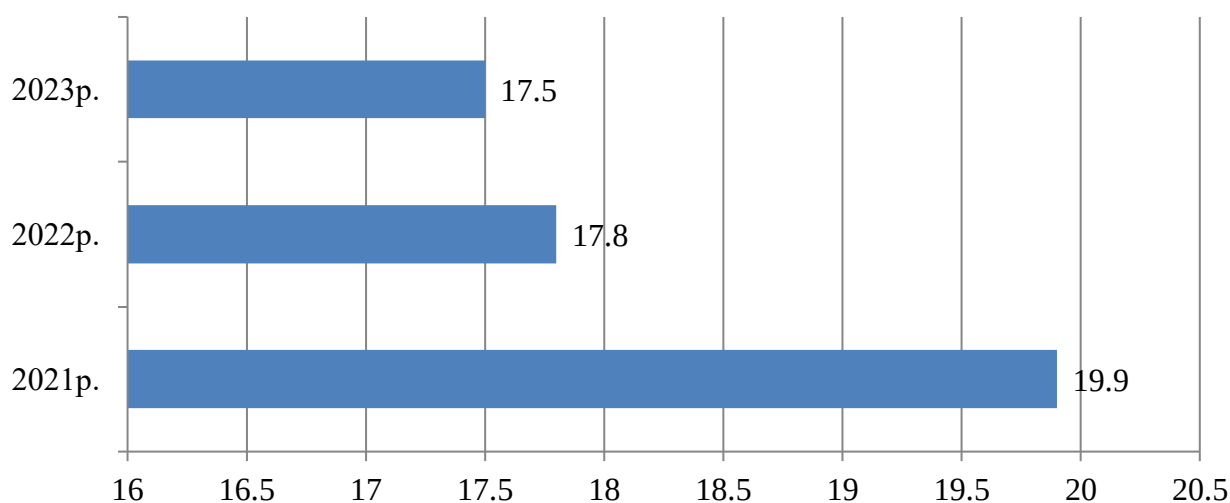


Рисунок 2.8 - Динаміка частки випадків тб у людей з позитивним віл-статусом

Джерело: [11]

Ми проводимо огляд епідемії з точки зору ВІЛ. Станом на 01.10.2024 на медичному обслуговуванні в закладах охорони здоров'я перебувало 147 599 ВІЛ-інфікованих осіб, що становить 360,0 на 100 тис. населення. Згідно з даними державного реєстру, найвищий рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. населення, як і в попередньому періоді, отримано в Одеській (971,8), Дніпропетровській (938,8), Миколаївській (747,4) областях та м. Київ (631,0). Порівняно з тими ж 9 місяцями 2023 року аптечний сектор в Україні скоротився на 7,1%, що можна побачити в 16 областях. Від'ємний приріст

аптечного сектору спостерігається в таких областях: Запорізька (Тпр-52,4%), Луганська (Тпр-40,4%), Закарпатська (Тпр-16,0%), Київська та Донецька (Тпр-15,0%). Враховуючи ці обставини, можна припустити, що аптечна група дещо скоротиться після дотримання термінів скасування реєстрації.

Кількість перевірок зросла в усіх областях, крім Львівської, Чернівецької та Івано-Франківської. Найбільший приріст тестування відбувся у Хмельницькій (Тпр +63,5%), Закарпатській (Тпр +66,9%) та Херсонській (Тпр +92,7%) областях, вдвічі – у закладах Луганської області, які перемістилися на контрольовані території.

Збільшення кількості тестів призвело до виключення нерелевантних груп. Частка донорів та вагітних жінок серед ВІЛ-інфікованих становила 30,1% (9 місяців 2023 року – 37,0%), частка ветеранів – 21,6% (9 місяців 2023 року – 7,9%).

Зберігається приріст кількості обстежених за кодами 113 (діагностика в присутності медичного працівника (Тпр +20,5%)) та 116 (самодіагностика (Тпр +21,8%)) в 2023 році.

У старших групах порівняно з відповідним періодом 2023 року кількість опитаних зменшилася (Тпр -41,8%), що можна віднести до 16 регіонів. Збільшення кількості тестувань збігається з регіонами, де кількість тестованих випадків зросла, у Хмельницькій та Херсонській – удвічі, у Сумській (Тпр +52,5%) та Чернівецькій (Тпр +31,5%) областях.

Що стосується шляхів передачі ВІЛ, то більшість випадків передається статевим шляхом (80,3%), але значення шляху передачі залишається високим у пацієнтів з синдромом наркоманії (19,0%). Порівняно з дев'ятьма місяцями 2023 року (73,9%) тенденція захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, залишається стабільною.

Переміщення людей із зон конфлікту в центральні та західні регіони призвело до значного зростання кількості тестувань в Івано-Франківській (+63,3%) та Тернопільській (+18,7%) областях.

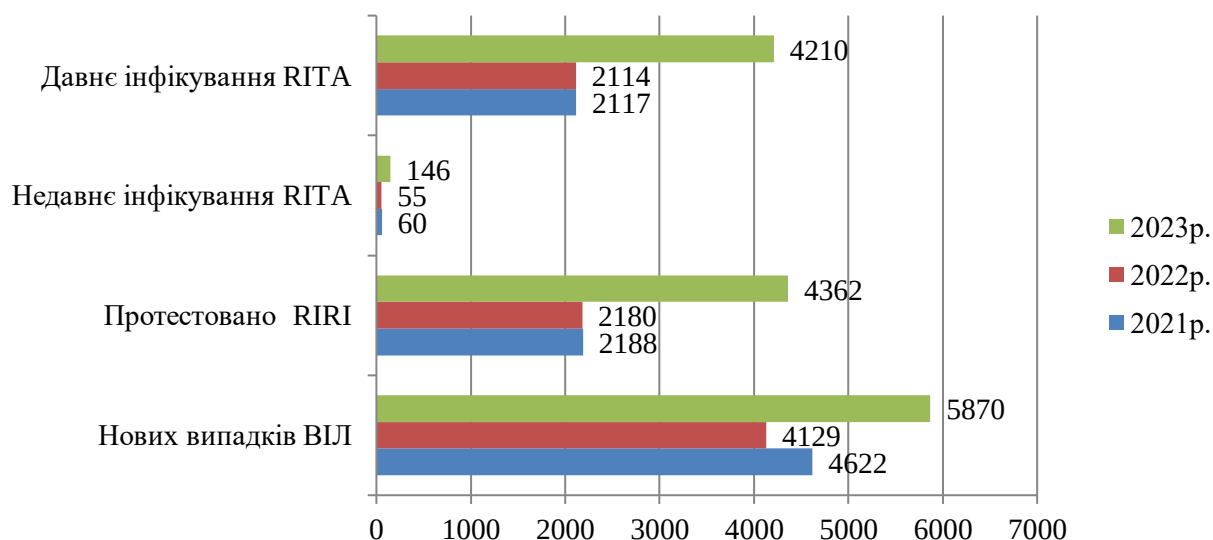


Рисунок 2.9 – Динаміка захворювання на ВІЛ, осіб

Джерело: [11]

У Чернівецькій області кількість ВІЛ-інфікованих зросла на 63,3%, Черкаській – на 22,5%, Тернопільській – на 14,9%.

Як і в минулому, існує тенденція до збільшення використання ЗТ для лікування ВІЛ. У 2022 році 42% усіх тестувань на ВІЛ проводили ЗБС (або 92% – без урахування донорів, вагітних жінок та їхніх дітей). Зараз створені умови для автоматизованого та клінічного виявлення ПТВ. Модернізація системи охорони здоров'я та поширення стратегій лікування ЗПСШ при ВІЛ-інфекції сприяли збільшенню охоплення ПТВ та покращенню показників охоплення медичною допомогою та АРТ тих, у кого діагностовано ВІЛ вперше в житті. Згідно з даними SEM, кількість тестів на ВІЛ під час звернення людей за медичною допомогою поступово зростала до 2019 року. Через карантин, запроваджений під час пандемії COVID-19, цей процес сповільнився.

Національні показники захворюваності на ВІЛ, які базуються на даних Національних центрів контролю та профілактики захворювань на ВІЛ, не відображають загальну (загальну) захворюваність на ВІЛ, а вимірюють зміни з часом і використовуються для оцінки стану здоров'я населення. Цей показник

дуже важливий, оскільки він є результатом багатьох факторів, зокрема організації PVT, співпраці та ефективності втручань для інтеграції людей, які живуть з ВІЛ, у систему охорони здоров'я, серед іншого. На національному та міжнародному рівнях це означає рух України до досягнення мети ЮНЕЙДС «95% людей, які живуть з ВІЛ, знають про свій ВІЛ-статус». З точки зору нової системи епіднагляду за захворюваннями, рівень захворюваності - це кількість нових захворювань, виявлених у популяції за певний період часу. Інформація про кількість нових випадків інфікування є важливою для оцінки масштабів спалаху та поширення хвороби в кожній групі населення.

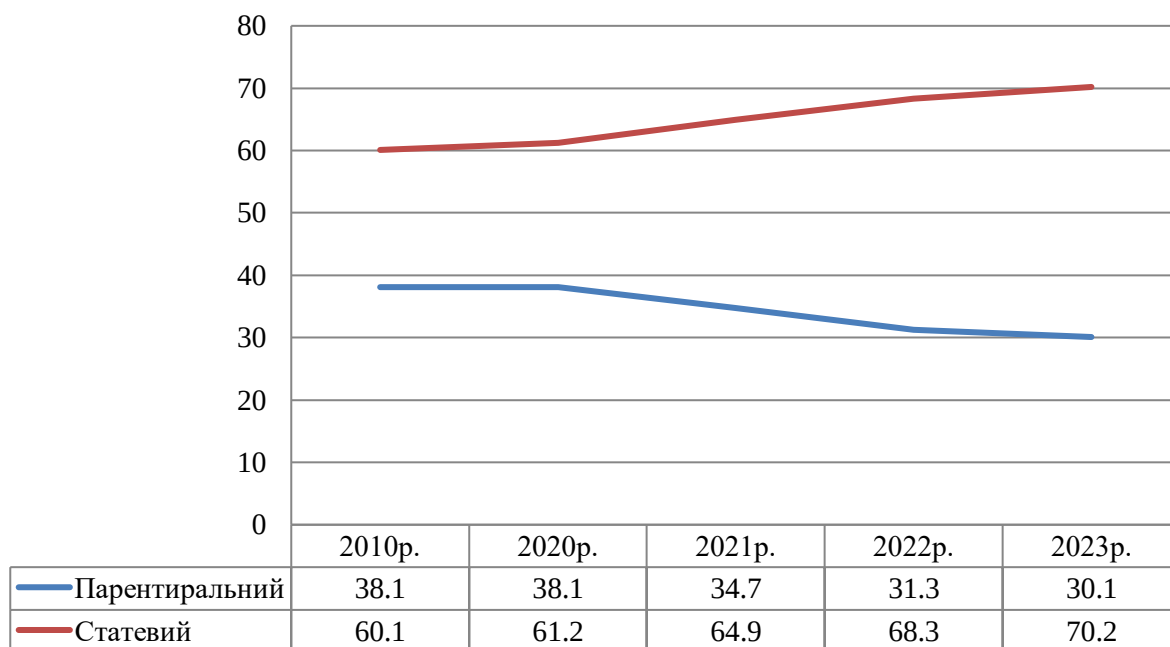


Рисунок 2.10 - Динаміка основних шляхів інфікування ВІЛ серед осіб, у яких було вперше у житті діагностовано ВІЛ-інфекцію в Україні, 2005-2022 рр.

Джерело: [11]

Проаналізуємо динаміку соціально-небезпечних хвороб які передаються статевим шляхом. Необхідно відмітити, що за період дослідження по всім видам хвороб, окрім сифілісу відбулося зменшення випадків захворювання. Найбільше по трихомоніазу на 6818 випадків.

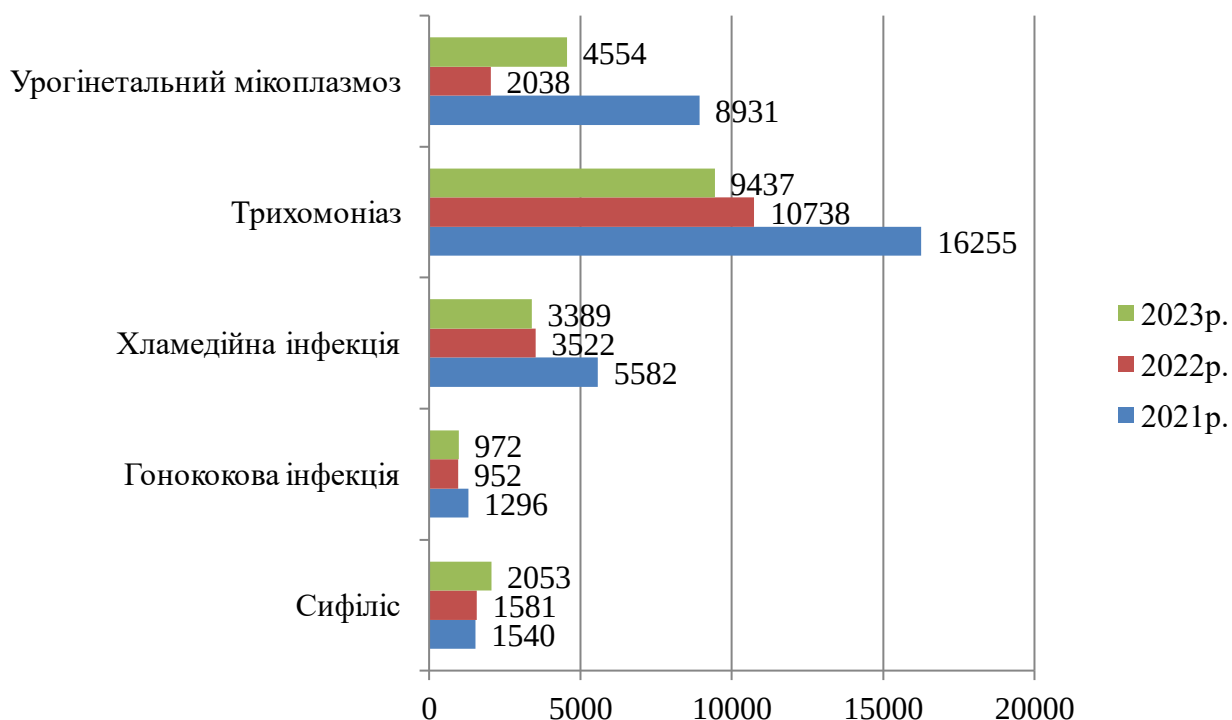


Рисунок 2. 11 - Динаміка захворювання соціально-небезпечними хворобами, що передаються статевим шляхом

Джерело: [11]

На нашу думку відносно низька захворюваність на сифіліс і гонококові інфекції викликає певні занепокоєння щодо можливості помилкового діагнозу та неадекватної реєстрації та діагностування, особливо випадків гонореї.

Ще одне захворювання, на якому ми хочемо зупинитися, це вірусний гепатит. Захворюваність на гепатит В, гепатит В і С, моновірусний гепатит, епідеміологічний гепатит та грип у 2023 році становила 1,2–20,0/100 тис. населення, показники поширеності супутніх захворювань не перевищували 1,0/100 тис. населення. У рамках стратегії елімінації лікування гепатиту має охоплювати 5 000 (2020), 10 000 (2021), 18 000 (2022) і 30 000 (2023) осіб.

Оскільки Україна не затверджує національні та регіональні кількості, ці кількості не залежать від наявності вакцини та закуповуються відповідно до місцевих запитів. Гепатит С в Україні реєструється з 2003 року та з 2010 року. Опубліковано дані реєстру НС вірусних інфекцій.

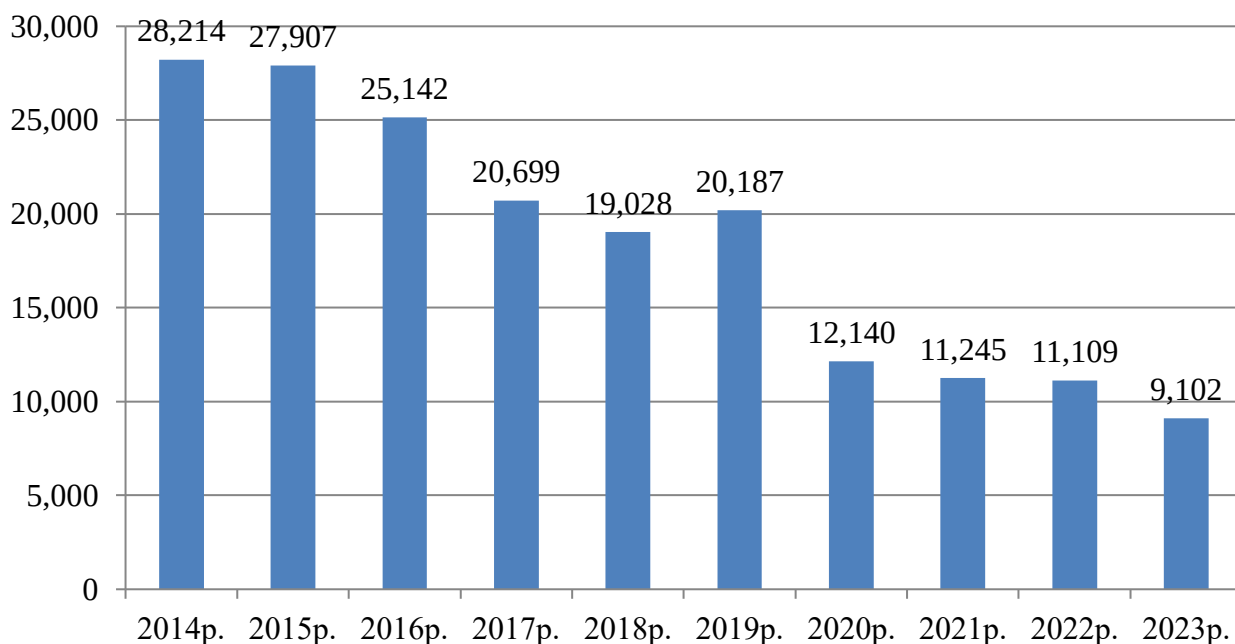


Рисунок 2.9 – Кількість позитивних на маркери вірусу гепатиту С за період 2014-2023 роки

Джерело: [11]

За підсумками обстежень 2023 року на вірусний гепатит В обстежено 1 208 758 осіб, у тому числі у 23 891 випадків інфікування підтверджено. Скринінгове обстеження на гепатит С провели 834 890 осіб, з них гепатит підтверджено у 6 114 осіб. Серед вірусів гепатиту найпоширенішими є вірусні гепатити В і С, на які припадає 96% смертей, пов'язаних із гепатитом.

У рамках нашого дослідження ми зосередилися лише на цих захворюваннях, оскільки вони є найважливішими для України.

На даний час висока вразливість (невакциновані немовлята, внутрішньо переміщені особи тощо), перебої в постачанні та доступі до вакцини (житлові та географічні перебувають на передовій), відсутність медичних працівників (розгортання військово-медичного допоміжного персоналу, розгортання чи розгортання) ускладнює запобігти інфекції, викликані вакциною в той час, і серед тих самих людей, можуть викликати неімунний шар і можуть впливати на перебіг інфекції, що призводить до інфекцій і захворювань.

2.3 Аналіз державної політики в сфері подолання соціально-небезпечних хвороб

Стан здоров'я населення, освіта, здатність до інтеграції різних поколінь, здатність пристосовуватися до мінливих умов і брати участь у суспільному житті є визначальними для розвитку сучасних націй. У політиці суспільство вирішує майбутнє прав людини, а також статус, місце розташування та роль громадянського суспільства в мінливому світі. В Україні розробили закон про захист здоров'я пацієнтів з аутоімунними та неінфекційними захворюваннями.

Мотивація і мета дій менеджерів – наявність конфлікту між наявним і бажаним станом системи. Досягненню мети заважають проблеми, які перешкоджають досягненню мети. Вирішенням цієї проблеми є подолання конфлікту між існуючим станом і бажаним станом системи (досягнення мети), що може бути досягнуто за допомогою аналізу.

Нинішню ситуацію з народжуваністю в нашій країні можна охарактеризувати як демографічну кризу. Встановлено, що вразлива демографічна ситуація зумовлена низкою факторів, одним із найважливіших з яких є підвищення захворюваності та смертності місцевого населення. В рамках кваліфікаційної роботи необхідно оцінити тенденцію соціально-небезпечних захворювань з метою визначення найбільш доцільних програм – боротьби з соціально-небезпечними захворюваннями та смертністю від них.

Мета може бути реалізована в системі вищого рівня, що викликає проблеми з реалізацією (рис. 2.10).

При виборі підходу до вирішення необхідно врахувати, що проблеми можуть мати абстрактне або неабстрактне рішення, а цією метою необхідно вибрати бажання і спосіб дії. Для виявлення викликів, які перешкоджають досягненню цілей сталого розвитку боротьби з соціально-небезпечними хворобами необхідно використовувати ситуаційний підхід (рис. 2.10). Запропонована модель дає можливість задати конкретні умови, які істотно впливають на розвиток системи.

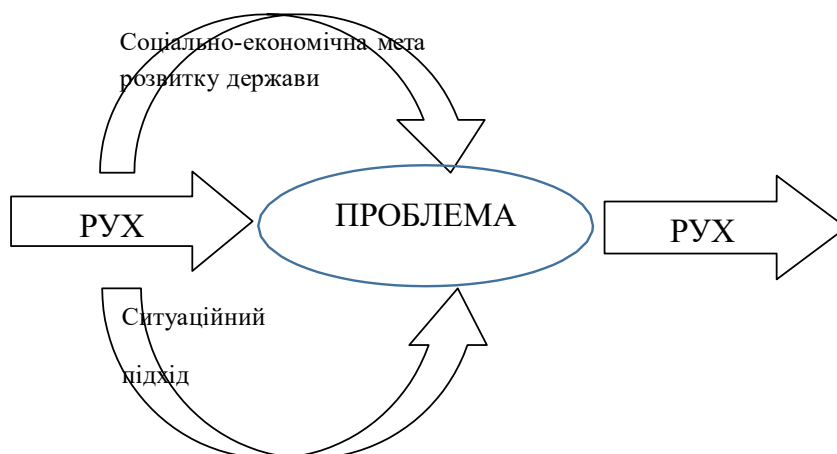


Рисунок 2.10 - Матриця вирішення проблеми по боротьбі з соціально-небезпечними захворюваннями

Джерело: власна розробка

Концептуалізація проблеми застосовується при плануванні за програмно-цільовим підходом. Організаційний розвиток часто характеризується набором проблем і взаємозв'язків між ними. Крім того, залежно від того, чи може виникнути ця проблема чи інша проблема, чи виникнуть якісь стосунки внаслідок цього. Останнє значно ускладнює ситуацію суспільного розвитку. Цей підхід часто є складним, його важко інтерпретувати та має багато проблем. Найчастіше він будується на основі різних взаємозв'язків між її частинами, тобто неможливо встановити цілісний взаємозв'язок на відміну від системи. Щодо системи ключовими поняттями чи характеристиками є «структура», «стійкість», «організація», «ієрархія», «межі». Характеризуючи природу суспільства, необхідно витипувати такі поняття: «проблемність», «динамізм», «нестабільність», «тимчасовість» тощо. Підсумовую необхідно відмітити, що системний підхід можна застосовувати в таких випадках:

- 1) до не систем або систем та об'єктів коли вони є динамічним;
- 2) для перехідних станів однієї системи, коли ці стани є різними і незалежними один від одного;

3) при врахуванні сукупної ролі зовнішніх і внутрішніх факторів, що впливають на систему, її продуктивність і розвиток;

5) при аналізі внутрішньої та зовнішньої ситуації систем, динаміки змін, часових і просторових вимірів будь-якої системи.

Тоді в системному підході до управління боротьби з соціально-небезпечними хворобами враховувалася ситуація на визначених територіях, проблеми, які очікують вирішення, що в свою чергу вимагає:

- правильного розуміння ситуації;
- спостереження за зовнішнім середовищем, закономірністю змін навколишнього середовища;
- кількісний та якісний аналіз територіальних змін;
- моніторинг швидкості та ефективності інституційних реформ;
- уміння бачити взаємозв'язок між проблемами та конкретним рішенням;
- здатність передбачати наслідки проблем;
- лідерські якості в подоланні викликів.

Розглянемо ситуацію з важкими та небезпечними для життя захворюваннями (таблиця 2.2).

Таблиця 2.2 - Матриця для окреслення проблем

Питання	Відповідь
Чого бажаємо досягти?	Зменшення захворюваності на соціально-небезпечні хвороби
Фактор, що впливає	Інформованість населення, диспансеризація, смертність від інфекційних і соціально небезпечних хвороб
Чому так?	Сучасний стан процесу відтворення населення, відтоку населення за кордон, поява тимчасово окупованих територій, зменшення кількості лікарень, підвищена смертність населення

Джерело: побудовано автором

З 2004 року за підтримки Глобального фонду впроваджуються відповідні програми на ринку праці для вразливих верств населення (1 та 6 раунд), які довели свою ефективність.

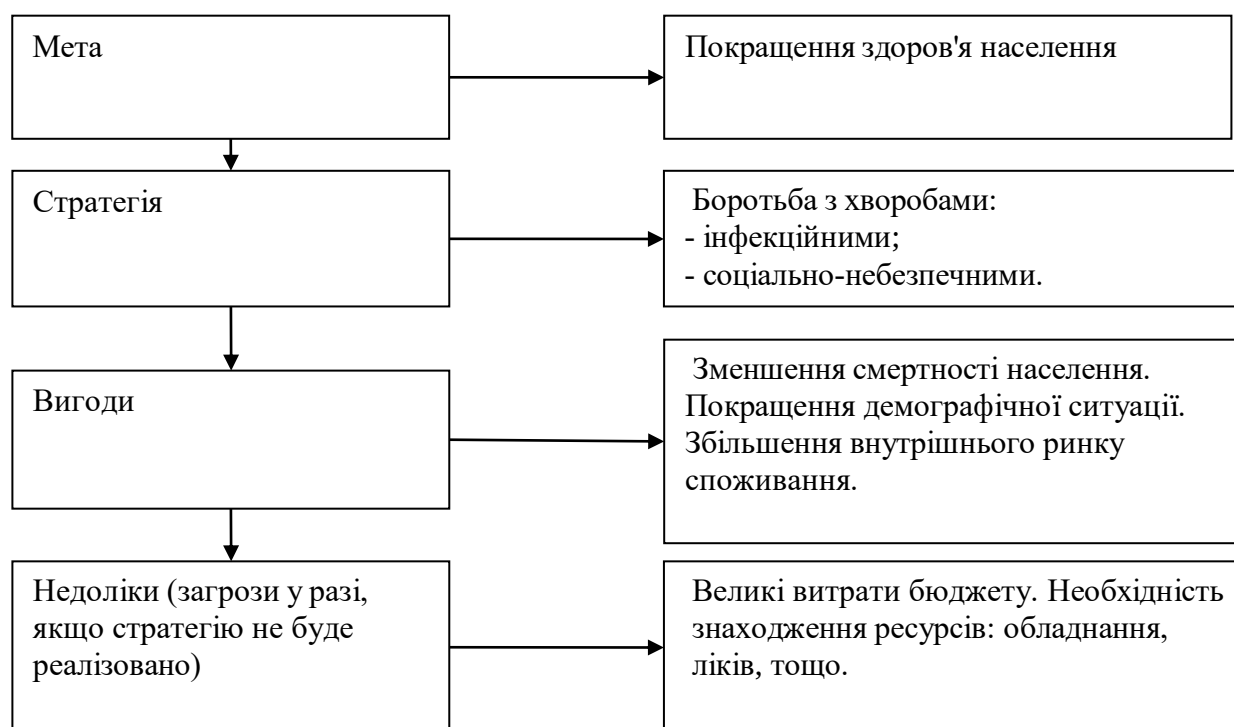


Рисунок 2.11 - Матриця стратегії покращення здоров'я населення

Джерело: сформовано автором

15 грудня 2011 року Україна та Глобальний фонд для боротьби з вірусом імунодефіциту людини, туберкульозом та малярією підписали угоду про співпрацю: «Створення ефективної системи комплексних послуг із профілактики, лікування, догляду та підтримки осіб, які перебувають у небезпеці».

Процес планування розпочався в Україні в 2012 році і триває досі. Global Fund постачає лікарням і клінікам медичне обладнання, діагностичне обладнання, різні хірургічні технології та медичне обладнання.

Охоплення перевищує 66 відсотків, 70% тих, хто має право на ревакцинацію, отримують безперервну дозу протягом принаймні 6 місяців, 47% сексуально активних жінок і 24% чоловіків, які мають секс з чоловіками, є тими, хто планує та розробляє стратегію боротьби проти соціально-небезпечних інфекційних захворювань:

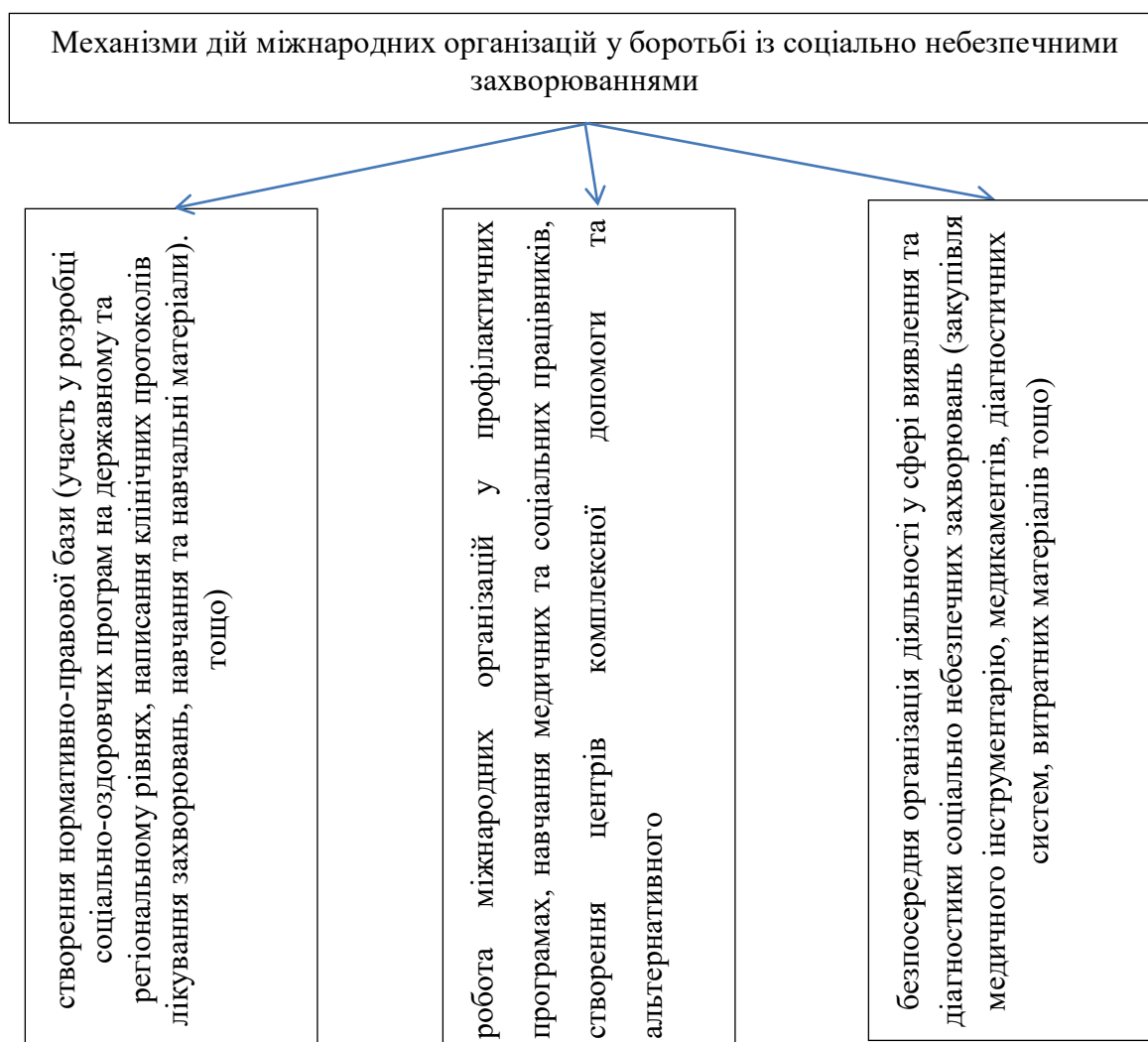


Рисунок 2.12 - Механізми дій міжнародних організацій у боротьбі із соціально небезпечними захворюваннями

Джерело: власне узагальнення

- розробка політичних та законодавчих засад (участь у розробці державних і регіональних програм охорони здоров'я та оздоровлення, політики лікування захворювань, освітніх матеріалів та інструментів тощо);
- залучення громадських організацій у сфері інфекційних захворювань (підтримка міжнародних профілактичних програм, навчання медичних працівників та громади, створення центрів епіднагляду та вакцинації тощо);
- координація діяльності у сфері діагностики та лікування інфекційних захворювань людства (закупівля виробів медичного призначення, лікарських засобів, засобів діагностики, витратних матеріалів тощо).

Сумська обласна рада затвердила «Регіональну програму підтримки системи охорони здоров'я населення на 2020-2021 роки», яка не має аналогів в Україні. По суті, це була перша програма фінансування громадського здоров'я в Україні, яка передбачає цільові показники для покращення громадського здоров'я, туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, наркології та гуманітарної допомоги.

Метою Програми є удосконалення системи охорони здоров'я шляхом створення системи охорони здоров'я, орієнтованої на громаду, для реалізації державної політики, захисту та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та збільшення тривалості життя, профілактика захворювань, продовження трудового життя, трудового стажу та пропаганда здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль органів державної влади, муніципалітетів та громадян.

Програма включає 49 семінарів, які згруповані в сім робочих напрямків:

- забезпечення практичного керівництва здоров'ям і життям хворого населення;
- забезпечення наявності функціональних приміщень у сфері охорони здоров'я;
- надання послуг з оздоровлення та проведення комунікаційних кампаній;
- служби епіднагляду за захворюваннями та оцінка здоров'я та благополуччя населення;
- Надання послуг, пов'язаних з інфекційними захворюваннями, такими як ВІЛ, туберкульоз, наркотики;
- надання екстрених послуг у сфері охорони здоров'я;
- надання послуг, що покращують здоров'я населення.

Крім лікарні облдержадміністрації в м. Суми функціонують 11 структурних підрозділів облдержадміністрації та інші управління, територіальні підрозділи окремих центральних органів виконавчої влади, заклади охорони здоров'я вищої освіти I-IV рівня акредитації, громадські організації та інші беруть участь у реалізації заходів Програми.

Комунальним закладом охорони здоров'я Програмою визначено «Обласний клінічний центр соціально небезпечних захворювань» КНП СОР. Метою діяльності обласного клінічного медичного центру соціально-небезпечних захворювань є забезпечення потреб населення в охороні здоров'я за спеціальностями «Наркологія», «Психіатрія» та «Інфекційні хвороби» з наданням вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) допомоги.

Реалізація проекту дає змогу розвивати громадський сектор у Сумській області, зокрема:

- вироблення комплексного підходу до вирішення проблем охорони здоров'я, з метою ефективного використання кадрового потенціалу та ресурсів;
- отримання достовірної інформації про стан здоров'я місцевого населення;
- розробка чіткого та прозорого механізму комунікації результатів реалізації програм та послуг у державному секторі;
- підвищення обізнаності громадян та органів державної влади щодо здоров'я населення, умов його охорони та пріоритетів розвитку галузі охорони здоров'я;
- підвищення ефективності використання бюджетних ресурсів у сфері охорони здоров'я населення, демонстрація ефективності їх використання;
- збільшення тривалості життя людини;
- знизилась захворюваність, захворюваність та смертність населення;
- зниження смертності від хвороб серця, раку, діабету та респіраторних захворювань;
- зниження захворюваності та смертності від туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших інфекційних захворювань, зменшення споживання алкоголю, гіподинамії, куріння населення, підвищеного споживання солі та цукру та інше;

На жаль, військові дії не дозволили державі прийняти нову програму, але зараз лікарі над нею працюють.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ПОДОЛАННЯ СОЦІАЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

3.1 Адаптація зарубіжного досвіду боротьби з соціально-небезпечними хворобами

Оскільки, згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я система охорони здоров'я – це сукупність усіх організацій, осіб і видів діяльності, метою яких є зміцнення, відновлення або підтримка здоров'я, доцільно проілюструвати моделі різних країн які поєднують в собі виміри систем охорони здоров'я. Крім того, враховуючи особливості вищезазначених систем охорони здоров'я, усі існуючі та діючі системи охорони здоров'я можна класифікувати за різними ознаками, які відображають їх основні характеристики та принципи функціонування (табл. 3.1).

Основними принципами системи Бісмарка було створення системи соціальних послуг, включаючи охорону здоров'я: - з періодичним соціальним страхуванням, з якого сплачувалися внески на випадок хвороби, нещасного випадку або хвороби, - рівень охоплення, який головним чином пояснювався кількістю працівників, зайнятих у виробничому секторі економіки – функціонування системи державної фінансової підтримки та нагляду, яка була забезпечення стабільності та цілісності;

Національна модель медичного страхування (національне медичне страхування - Канада, Тайвань, Південна Корея). Приватна система охорони здоров'я, яка базується на конкуренції приватних страховиків, порушує принципи справедливості та солідарності.

Справедлива ціна або модель прямих платежів є унікальною і орієнтована на ринок охорона здоров'я таких як сільські регіони Індії, Китаю, Африки, Південної Америки.

Таблиця 3.1 - Класифікація моделей систем охорони здоров'я зарубіжних країн

Ознака	Вид моделі	Характеристика	Приклад реалізації
Спосіб фінансування	Публічна система	Фінансується через державний бюджет та/або соціальні внески	Бімарківська система, Беверідж, модель Medicare в Австралії
	Приватна система	Медична допомога надається за кошти фізичних осіб або страхових компаній	Оплата за послугу у США
	Змішана система	Комбінація публічного та приватного фінансування	Система Отто фон Бісмарка, скандинавські системи універсального покриття
Рівень доступності та покриття витрат	Універсальна система	Всі громадяни мають право на доступ до медичної допомоги	Системи Отто фон Бісмарка, скандинавські системи
	Система з обмеженим доступом	Деякі групи населення можуть мати обмежений доступ до медичної допомоги, наприклад, ті, хто не має страховки	Система приватної медицини у США
Організаційна структура	Централізована система	Організація та управління медичною допомогою здійснюються централізовано	Британська система Беверіджа
	Децентралізована система	Організація та управління медичною допомогою розподілені між різними рівнями управління (регіональні, місцеві)	Система Фінляндії
Модель фінансування медичних послуг	Платіж за послугу	Кожна послуга оплачується окремо	Система приватної медицини у США
	Капітальний метод	Медичні провайдери отримують плату за кожного пацієнта за фіксованим тарифом	Система Отто фон Бісмарка, скандинавські системи
Ступінь державного регулювання та контролю	Високий рівень регулювання	Уряд встановлює стандарти, тарифи та правила для медичних провайдерів	Британська система Беверіджа, німецька система Отто фон Бісмарка
	Низький рівень регулювання	Система допускає більшу автономію медичним провайдерам та страховим компаніям	Приватна система в США
Система координації медичних послуг	Модель первинної / вторинної / третинної медичної допомоги	Більший акцент на відповідний рівень медичної допомоги та координації заходів	Фінляндія, скандинавські системи
	Модель сімейного лікаря	Громадяни мають особистого лікаря, який координує їх медичну допомогу	Нідерландська система

Джерело: власні дослідження на основі [7]

Слід зазначити, що ці назви є дуже описовими, оскільки насправді кожна країна зазвичай має систему охорони здоров'я, подібну для більшості населення та поєднує в собі характеристики різних моделей. Щоб підтвердити цю тезу, ми надаємо приклади відповідних медичних практик, щоб розрізнити ключові принципи ефективності за країнами.

Спираючись на міжнародний досвід розвинутих країн світу та країн, що розвиваються, своєчасна допомога, комплексний догляд та підтримка людей, які живуть з ВІЛ, а також надання послуг людям, сприяють захисту прав людини та соціальний капітал суспільств, особливо в країнах із високим рівнем поширеності ВІЛ, сприяючи зростанню населення та запобігаючи економічним, демографічним і демографічним проблемам, пов'язаним із зростанням ВІЛ/СНІДу серед найбільш обтяжених країн соціально-економічного та демографічного плану в соціальних верствах. Підтримка рівня життя цієї групи населення, розширення соціальних можливостей і людський розвиток є ключовими для ролі нації та людей у боротьбі з ВІЛ/СНІДом. Посилаючись на досвід інших країн, можна сказати, що співпраця з політичними партіями та організаціями громадянського суспільства є дуже ефективною. Завдяки співпраці держави та народу у боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІДу вдалося ефективно стримати епідемію та знизити захворюваність та смертність.

У всьому світі заклади зменшення шкоди є важливою складовою епідемії ВІЛ/СНІДу. Серед хвороб головною метою профілактики ВІЛ є запобігання або мінімізація негативних фізичних, соціальних та правових наслідків цих осіб для них самих та для суспільства в цілому. Для безперебійної роботи таких програм використовуються спеціально розроблені та перевірені інструменти, в основному:

- обмін голок та шприців, роздача презервативів та лубрикантів тощо
- шляхом відвідування соціальних працівників (просвітницька діяльність) у спільнотах взаємодопомоги; організація відпочинку та догляду за дітьми для клієнтів; поєднати волонтерські послуги з ресурсами для токсикоманів, OSB тощо);

- юридичний (тлумачення змісту правових документів;
- допомога з оновленням особистих документів, допомога з грантами; правова допомога у разі затримання осіб правоохоронними органами або притягнення до відповідальності штрафів і грошей; представництво інтересів покупця в суді тощо).

Залежно від обсягу пропонованих послуг, рівень персоналу центру включає адміністраторів, медичних та медичних працівників, включаючи психіатра, соціального працівника та адвоката. Центри пом'якшення діють незалежно від офісів організацій, відповідальних за їх діяльність, і контролюються професійними менеджерами. Як свідчить досвід ВІЛ-організацій, навчальний процес також можуть ефективно проводити фахівці, які пройшли спеціалізовану підготовку. Слід зазначити, що в географічному контексті цих закладів їхня доступність для цільових груп є перевагою.

Відповідно до стандартів, прийнятих Департаментом охорони здоров'я Великої Британії у 2003 році для ВІЛ-служби Національної системи охорони здоров'я, послуги, що надаються на цьому полі боротьби з ВІЛ/СНІД, повинні:

- бути орієнтованими на клієнта, тобто розширення можливостей людини приймати рішення щодо здоров'я та життя з ВІЛ через освіту та підтримку, яка наголошує на важливості способу життя, культури та релігії, а також усуває несприятливі фінансові умови, дискримінацію та стигматизацію, що долає його травми;

- результати у співпраці, наприклад: цілі та діяльність особи, медичні та соціальні служби узгоджені та чітко задокументовані в постійно оновлюваному плані;

- недискримінація, тобто: послуги пристосовані до потреб населення та окремих його груп, і ці потреби задовольняються;

- інтегрований, тобто які забезпечують поєднання знань і навичок спеціалістів із охорони здоров'я та соціальної допомоги в мультидисциплінарній команді, що складається з практиків первинної медичної допомоги та соціальної допомоги, а також професіоналів з інших секторів;

- вони повинні бути спрямовані на зменшення передачі ВІЛ та його ускладнень, а також сприяти підвищенню якості життя пацієнтів, забезпечуючи персонал для надання та оцінки допомоги.

На відміну від лісів, які перебувають у розпорядженні органів місцевого самоврядування, управління та контроль за цими лісами здійснюється самими жителями села на громадських засадах, здебільшого безкоштовно. Громадські установи отримують кошти з міського бюджету, а також від природних ресурсів і заходів, таких як благодійні лотереї, ярмарки, танцювальні вечірки, весілля тощо.

Так, у місті Дакка, Бангладеш, у рамках проекту Shakti для підтримки СІН (акронім від «Зупинити ВІЛ/СНІД через знання та навчальні ініціативи» - «Повернемося до ВІЛ/СНІДу за допомогою ініціатив з підвищення обізнаності та навчання») було створено притулки для хворих, також асоціюється зі словом бангла «потужність»), який був запущений у березні 1998 року CARE в Бангладеш, незалежної організації соціального забезпечення. У 1998 році в мільйонному місті Дакка було 7650 споживачів наркотиків, під час роботи над проектом «Шакті» співробітники CARE в Бангладеші дізналися про ринки наркотиків на території організації, особливо ризик передачі ВІЛ. За допомогою споживачів наркотиків та інших інформаторів співробітники проекту «Шакті», позначені над містом, наносять на карту місця, де споживачі наркотиків скупчуються та вживають наркотики, включно з аптеками. Згодом співробітники та працівники центру пройшли навчання, де узгодили порядок роботи центру та ключові напрями.

Громадський (drop-in) центр для споживачів наркотиків у Празі, який діє як частина однойменної організації Drop In Center, не має права на таке ж охоплення цільової групи, як персонал CARE у Бангладеш. Що цікаво в Дакці, так це спектр пропонованих послуг, а також його близькість до інших програм профілактики та лікування Drop In Center, частиною якого він є. Крім Дроп-ін-центру (низькопорогового контакт-центру), який називає типи контакт-центрів у Чеській Республіці, Дроп-Ін-Центр наразі проводить шість інших програм:

- вулична робота;
- соціальна підтримка та здоров'я для відволікання на вулицях Праги (сюди входять шприци, перша допомога, поширення соціальної інформації, медицина та право, запрошення відвідати лікарню);
- гуманітарна та медична допомога в передмістях Праги та прилеглих районах, особливо в так званих «наркопритонах» або «сквотах»;
- програма замісної терапії метадонам для пацієнтів, які перебувають на обліку;
- сімейний центр, що надає підтримку та лікування наркозалежних батьків, вагітних споживачів наркотиків (соціальний супровід, консультування, гінекологічні та педіатричні послуги, швидке тестування на ВІЛ, тест на вагітність, гепатит, оцінка потреб та попередній запис на відповідність), метадонова терапія, індивідуальна та групова терапія, йога, тай-чи та ін.);
- реабілітаційний центр, що надає підтримку особам, які вживали наркотики, а також батькам і друзям споживачів наркотиків;
- інтервенція для молоді, яка відвідує концерти, дискотеки, танцювальні клуби, рейв-вечірки, тестування на "екстазі" (МДМА) з використанням реактиву Маркіза для виявлення психоактивних речовин.

Ще однією країною, яка досягла значних результатів у боротьбі з ВІЛ на державному рівні, є Литва та Латвія.

Голландський підхід до запобігання хронічним захворюванням серед молоді «Dance4Life» («Танець заради життя») — голландська ініціатива, заснована в Амстердамі (Нідерланди) у 2003 році для посилення відповіді на суспільну проблему ВІЛ/СНІД. Символом цього твору є танець. Музика є універсальною мовою для спілкування молодих людей у всьому світі. Робота «Dance4Life» базується на навчальних закладах. Цілями проекту є: популяризація та пропаганда здорового способу життя серед молоді; охороняти та зміцнювати репродуктивне здоров'я; профілактика ВІЛ та інших інфекційних захворювань; оцінити потенційні можливості молоді.

Проект Dance4Life спрямований на пом'якшення трьох основних ризиків для сексуального здоров'я, з якими стикається сучасна молодь: ВІЛ/СНІД, небажана вагітність і сексуальне та гендерне насильство. Однак для того, щоб підлітки могли брати участь у здоровому та безпечному сексі, вони повинні бути готові змінити свою поведінку та взяти на себе відповідальність за власну сексуальність. Основними цілями цих пропозицій є: зміцнення довіри; утвердження принципів гендерної рівності; критичний аналіз і виклик соціальних норм. Наступні п'ять взаємопов'язаних навичок необхідні для ефективного та ефективного вирішення завдань і конфліктів: самосвідомість; стежити за собою; знання людей; хороші стосунки; відповідальність за прийняття рішень.

Таблиця 3.2 - Мінімальний пакет послуг в зарубіжних країнах з профілактики ВІЛ серед груп ризику, який надається в рамках діяльності ВІЛ-сервісних організацій

Напрямок профілактики	Зміст профілактичної роботи, що проводиться НУО
Аутріч-робота	Поширення профілактичної інформації стосовно ВІЛ/СНІДу шляхом взаємодії з цільовими групами населення (зокрема, з використанням консультантів з-поміж рівних, групових заходів та акцій, телефонних «гарячих ліній», центрів зменшення шкоди, інтерактивних Інтернет-чатів тощо)
Залучення ЗМІ	Розробленої та спрямованої спеціально на споживачів ін'єкційних наркотиків(долі – СІН), осіб секс – бізнесу(далі – ОСБ) і чоловіків, що практикують секс з чоловіками(далі – ЧСЧ), за допомогою ЗМІ (напр., телебачення, відео, радіо, преса, друковані матеріали, зовнішня реклама, \WWW тощо
Розповсюдження презервативів (і лубрикантів)	Розповсюдження чоловічих кондомів і жіночих презервативів разом з лубрикантами або їхній соціальний маркетинг
Добровільне консультування та тестування на ВІЛ	Добровільне тестування на ВІЛ, яке поєднується з наданням консультацій під час отримання результатів клієнтами
Лікування ІПСШ	Діагностика та лікування ІПСШ професійним медичним персоналом
Обмін голочок і шприців для СІН	Обмін голочок та шприців, навчання безпечним ін'єкційним прийомом; може супроводжуватися замісною терапією в межах, дозволених чинним законодавством
Зв'язки зі спеціалізованими медичними закладами та органами соціальної опіки	Забезпечення зв'язків зі спеціалізованими медичними закладами та органами соціальної опіки для людей, які живуть з ВІЛ. Сюди відносяться медичні заклади, які надають антиретровірусну терапію, психологічну допомогу тощо, а також державні органи та заклади, які надають соціальну допомогу та підтримку

Джерело: опрацьовано автором

У 2018 році розпочато міжнародні заходи з протидії інфекційним захворюванням. Одеса приєдналася до низки глобальних ініціатив із боротьби з вірусними захворюваннями, серед яких: Паризька декларація «Ініціатива прискорення процесів у великих містах: зупинка епідемії СНІДу»; Меморандум про співпрацю з проектом Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), спрямованим на розбудову ефективного механізму захисту прав груп ризику інфікування ВІЛ та громадян, які живуть з ВІЛ; Декларація міст з нульовим туберкульозом; Меморандум з Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ) в рамках державної програми «Громада, дружня до дітей та молоді». В Одесі було вирішено використати його досвід Ісландія, щодо профілактики вживання наркотиків серед дітей та підлітків. У рамках підготовки до запуску ісландської моделі директор Ісландського центру соціальних досліджень та аналізу провів зустріч для представників місцевого населення. Учасники зустрічі обговорили план впровадження ісландського підходу до профілактики вживання наркотиків серед підлітків у школах, який дозволяє зменшити кількість шкідливих інцидентів, покращення поведінки дітей та надання молоді можливості проводити час за інтересами. Це дозволило також знизити епідемію ВІЛ та туберкульозу серед ключових груп населення.

Тут слід зазначити, що заходи, вжиті іншими країнами, у тому числі Великою Британією, мають розглядатися лише як приклади для України, вони не можуть бути обов'язковими, оскільки зміни політичних і соціальних структур, а також потреб і ресурсів цих країн мають бути прийняті до уваги.

Тому важливо зазначити, що хоча багато моделей охорони здоров'я було розроблено протягом історії, їхні принципи змінювалися з часом, але в основному залишалися традиційними моделями охорони здоров'я. Враховуючи реальність реформаторських процесів, які відбуваються в українській системі охорони здоров'я, важливо продемонструвати позитивні результати впровадження поточних стратегій у розвинутих країнах з метою їх подальшого впровадження в українську систему охорони здоров'я. Крім того, під час реформування системи охорони здоров'я в Україні доцільно детально

проаналізувати недоліки основних підходів з метою їх компенсації при інтеграції в національну систему.

3.2 Покращення державного механізму управління у сфері профілактики соціально-небезпечних хвороб

Одним із найважливіших стратегічних напрямків кожної країни є охорона здоров'я населення, оскільки вона та зміцнення здоров'я є основним блоком державотворення, громадського порядку, національної безпеки та одним із найважливіших внутрішніх завдань місцевих органів влади країни. У сфері охорони здоров'я держава віддає пріоритет якості та ефективності медичних послуг, приділяючи особливу увагу боротьбі з найбільш агресивними захворюваннями до яких відносяться: серцево-судинні, злоякісні пухлини, інфекційними захворюваннями, забезпечення безкоштовними або профінансованими на 80-90 відсотків ліками які є безпечними та ефективними, поважне ставлення до пацієнтів.

Однією з характеристик поточної ситуації в галузі охорони здоров'я в нашій країні є серйозний дефіцит, який виявився в лікуванні інфекційних захворювань, у тому числі соціально-небезпечних. Сьогодні в Україні органи місцевого самоврядування відіграють одну з головних ролей у розбудові ефективної системи профілактики соціально-небезпечних хвороб, оскільки є політичним та інституційним центром який відповідає за виконання програм лікування та профілактики. Однак слід зазначити, що адміністративна політика та нормативні акти не вирішують проблеми розподілу повноважень між центральними адміністративними органами та місцевими політичними органами щодо реалізації програми профілактики захворювань людини. Найслабшою стороною в таких відносинах є місцева рада, бюджету якої не вистачає на здійснення всіх лікувально-профілактичних заходів. Отже, внаслідок цієї безгосподарності Україна посідає перше місце серед європейських країн за захворюванням соціально-небезпечними хворобами.

Головним недоліком нинішнього державного підходу до контролю за інфекційними захворюваннями є відсутність координації та неузгодженість ролі різних контролюючих органів, стандартів, муніципальних органів влади та представників громадян, що дуже ускладнює прийняття обґрунтованих та своєчасних рішень у цій сфері та контроль над кількістю справ.

Згідно з критеріями Програми ООН із боротьби з соціально-небезпечними хворобами та Всесвітньої організації охорони здоров'я, поширеність інфекційних захворювань в Україні вважається епідемією. Оскільки більшість заражених соціально-небезпечними хворобами приблизно дев'яносто два відсотка – особи дорослого та репродуктивного віку, епідемія впливає на соціально-економічний розвиток країни та становить загрозу національній безпеці країни. Крім того, поширення інфекційних захворювань, як відомо, ускладнюється високою токсичністю таких захворювань, як туберкульоз та іншими схожими з ними такими наприклад як уживання наркотичних засобів. Слід зазначити, що в наш час такі загрози громадському здоров'ю, як інфекційні захворювання чи туберкульоз, все більше привертають увагу державних діячів, політиків, науковців, медичних працівників, керівників національних та міжнародних громадських організацій. За 20-річну історію епідемії соціально-небезпечних захворювань в Україні було реалізовано п'ять національних програм, двадцять указів Президента України, сімнадцять постанов Верховної Ради та сорок одна постанова Ради Міністрів України, понад сто сорока наказів в тому числі МОЗ, два - РНБО. Слід зазначити, що в Україні до 2000 року, коли в окремих регіонах виникла епідемія інфекційних захворювань, управління профілактикою інфекційних захворювань систематично здійснювалося з максимально профілактичними заходами, і цей принцип постійно дотримувався, що давало централізований ефект. Допомога хворим на небезпечні захворювання здійснюється не локалізовано, а на базі лікувальних закладів України. До центрів доставлялося медичне та діагностичне обладнання, закуплене за кошти державного бюджету; постійно проводилося навчання та підвищення кваліфікації медичних працівників, які

працюють у сфері лікування та профілактики соціально-небезпечних захворювань; Міністерство охорони здоров'я закупляло та забезпечувало медичні заклади, серед іншого, вакцинами проти різних видів вірусу. До того часу роль органів місцевого самоврядування та державного управління в контролі над поширенням епідемії була обмеженою, а заходи захисту та медична підтримка покладалися на лікарні та відділення невідкладної допомоги. Але поступово, з розповсюдженням інфекційних захворювань, яке сталося в усіх регіонах України після 2000 року, виникла необхідність проаналізувати повноваження та відповідальність між різними рівнями влади суспільства, щоб запобігти поширенню небезпечних захворювань.

Установи з профілактики та боротьби з інфекційними захворюваннями, які виконують фундаментальну функцію на всіх рівнях суспільства, на жаль, сьогодні не можуть ефективно виконувати свої завдання через брак усіх видів ресурсів: матеріальних, людських, матеріально-технічних та обставинами, які виникли внаслідок повномасштабного вторгнення. Діюча мережа інфекційного контролю Центри контролю та стандарти характеристик лікарських засобів для контролю інфекційних хвороб на регіональному рівні наведена в таблиці 3.1.

Тому, як видно з таблиці, такого комплексного, ефективного та дієвого нагляду з метою профілактики соціально-небезпечних для людини захворювань в Україні ще не сформовано, оскільки місцеві фахівці не можуть ефективно контролювати різні групи людей.

Профілактика інфекцій на сьогодні зосереджена в трьох областях – Київській, Дніпропетровській та Донецькій. На нашу думку, однією з головних причин такої ситуації є відсутність адекватних досліджень місцевого наявних хворих, перебігу лікування та профілактики соціально-небезпечних захворювань. Сьогодні країна бере на себе відповідальність і надає багато гарантій громадянам для забезпечення їхнього виживання під час пандемії, повномасштабного вторгнення, особливо безпеки здоров'я та медичних послуг у всіх лікарнях і клініках. Але для цього країна має тісно співпрацювати з регіоном. Міжнародний досвід показує, що в жодній країні світу не залишився

невирішеним розмежування повноважень між державними та місцевими органами влади у боротьбі зі спалахами інфекційних захворювань.

Таблиця 3.3 - Кількісна характеристика суб'єктів управління у сфері профілактики ВІЛ на місцевому рівні

Рівень управління	Суб'єкт управління	Підпорядкованість суб'єкту управління
центральний	Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом	МОЗ України
обласний	Вінницький, Волинський, Житомирський, Закарпатський, Запорізький, ІваноФранківський, Кіровоградський, Луганський, Львівський, Миколаївський, Полтавський, Рівненський, Сумський, Тернопільський, Харківський, Херсонський, Хмельницький, Черкаський, Чернівецький, Чернігівський обласні центри профілактики та боротьби зі СНІДом	Обласна державна адміністрація
місцевий	Білоцерківський, Горлівський, Дніпропетровський, Криворізький, Макіївський, Маріупольський, Мелітопольський, Нікопольський, Одеський, Павлоградський, Слов'янський, Тернівський міські центри профілактики та боротьби зі СНІДом	Міська рада
	Регіональні міські центри профілактики та боротьби зі СНІДом: Київський, Севастопольський 632 кабінети довіри в складі центрів чи в складі міських інфекційних лікарень	Міська державна адміністрація

Джерело: узагальнено автором

Ми вважаємо, що метою державної політики щодо профілактики соціально-небезпечних хвороб є реалізація державної політики шляхом формування та реалізації конкретних програм, спрямованих на покращення життя громадян, які створюють різноманітні економічні, соціальні та правові умови для поліпшення життя громадян, зменшення хвороб, профілактики соціально-небезпечних хвороб та його покращення, моніторингу та подальших заходів для забезпечення моніторингу та оцінки профілактичної діяльності.

Такий підхід базується на унікальному підході до координації діяльності МОЗ України, яке є національним координатором усіх рівнів органів державної виконавчої влади, підприємств, установ та організацій незалежно

від видів їх діяльності, добре сформована роль органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, інститутів громадянського суспільства, міжнародних організацій, центральної та регіональної влади у боротьбі з соціально-небезпечними хворобами. Правовою основою для розробки такої політики служить Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та захист населення» та «Протидію захворюванню на туберкульоз», Постанова КМУ від 20.11.2007р., «Профілактика СНІДу та громадська безпека», «Уповноваженням органів влади Концепції сприяння розвитку громадянського суспільства». Розроблені в цьому контексті конкретні елементи програм профілактики соціально-небезпечних хвороб, головними гравцями яких є органи місцевого самоврядування та державного управління та місцеві політичні органи, базуються на використанні нових інструментів механізму координації, які є його частиною, співпраця між філіями та відділами. На сучасному рівні виконання заходів щодо координації заходів з профілактики соціально-небезпечних хвороб на рівні громад законодавчо покладено на органи місцевого самоврядування та державного управління. Координаційному процесу групи значно сприяло створення спеціального дорадчого органу – Координаційної ради. Однак механізми примусового виконання конкретно не регулюються і можуть бути перевірені та обґрунтовані. Слід зазначити, що цими нормативно-правовими актами, якими регламентується повноваження координаційних рад, визначено мету, завдання та обов'язки рад. Водночас на державному рівні залишаються незрозумілими конкретні механізми та механізми, за допомогою яких здійснюється координація між керівними групами шляхом міжгалузевої та міжміністерської взаємодії щодо питань профілактики соціально-небезпечних хвороб.

Слід зазначити, що чинні правила та положення, які регулюють обов'язки координаційних рад, лише окреслюють мету, обов'язки та відповідальність рад. Проте Міністерство не розробило формальних механізмів та інструментів

сприяння міжсекторальній координації у сфері профілактики соціально-небезпечних хвороб через партнерство та партнерство.

У результаті комплексного вивчення заходів, пов'язаних з удосконаленням функціонування систем охорони здоров'я та профілактики інфекційних захворювань в Україні, встановлено:

1. Децентралізація підвищує ефективність та дієвість органів місцевого самоврядування.

2. У рамках профілактики соціально-небезпечних хвороб політичні, соціальні, стратегічні, фінансові та інші аспекти державного управління на рівні місцевого самоврядування потребують значного розвитку відповідно до реалій соціально-небезпечних хвороб.

3. Спільноти хворих на соціально-небезпечні хвороби, як головні учасники місцевих зусиль з профілактики соціально-небезпечних хвороб, потребують таких втручань, як: планування роботи різних груп населення; надання додаткових засобів профілактики; послуги з лікування соціально-небезпечних хвороб; застосування альтернативних програм лікування.

4. Механізми міжпрофесійної та міжгалузевої співпраці у сферах, які є невизначеними та потребують розвитку.

Тому МОЗ України як національний координатор заходів з профілактики соціально-небезпечних хвороб має ініціювати розробку унікального механізму координації профілактичної діяльності на місцевому, міжвідомчому та міжгалузевому рівнях. Виходячи з вищевикладеного, вважаємо, що очевидною проблемою в Україні є модернізація діяльності контролюючих органів щодо запобігання небезпечним для людини інфекційним захворюванням. Розробка регіональної та державної стратегії профілактики соціально-небезпечних хвороб є актуальною проблемою для органів державного управління та перспективним науковим напрямком у розробці міжгалузевого підходу та відомств, координація заходів боротьби та профілактики соціально-небезпечних хвороб.

Зусилля громадських організацій щодо профілактики соціально-небезпечних хвороб спрямовані насамперед на підвищення свідомості всього населення; хворі на соціально-небезпечні хвороби та їхні родини; представники ЗМІ; медичні працівники; молодь. Однак громадські підходи та співпраця з державними установами не широко використовуються організаціями громадянського суспільства. Неурядові громадські організації можуть зібрати чималі кошти, але організаційні механізми контролю за їх використанням недостатньо розвинені. Основними суб'єктами, що впливають на населення та відношення до таких людей є: різноманітність категорій інфікованих соціально-небезпечними хворобами; представники ЗМІ; працівники закладів освіти та охорони здоров'я, інші.

Аналіз політичних механізмів управління шляхом забезпечення прав, свобод та інтересів громадян або застосовні закони, постанови, нормативні акти, директиви тощо, усі з яких спрямовані на вплив на об'єкти та суб'єкти в сфері боротьби та профілактики соціально-небезпечних хвороб підпадають під обмеження, контроль, правила, дозволи чи положення про зв'язок який виникає в умовах епідемії. Чинні законодавчі акти України потребують змін і доповнень у визначенні сфери діяльності місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, діяльності установ державного сектору, особливо щодо місця роботи осіб з соціально-небезпечними хворобами як конкретного питання державної політики.

Стратегії уряду з профілактики соціально-небезпечних хвороб – це скоординовані на національному та міжнародному рівнях зусилля, спрямовані на досягнення конкретної мети, які воно реалізує у великих масштабах із власних установ, повноважень і відповідальності. Застосування прийомів управління передбачає поліпшення внутрішніх і зовнішніх умов зайнятості людини під керівництвом конкретного керівника.

Основи державної політики щодо профілактики соціально-небезпечних хвороб реалізуються на рівні галузевого управління, соціальної, медичної та державної підтримки, через відповідні структури та відомчі установи. Вони

підкреслили, що найкращі стратегії лікування соціально-небезпечних хвороб працюють на антиретровірусну терапію. Це дозволило б за п'ять років знизити соціально-небезпечні хвороби серед українських дітей з двадцяти семи до десяти відсотків, що є стало б найкращим результатом серед країн пострадянського регіону.

У контексті профілактики соціально-небезпечних хвороб модель управління медичними послугами для населенням визначається як модель управління, яка дозволяє координувати заходи соціального захисту та розвитку з різними географічними локаціями відповідно до виділення та відображення суспільного та офіційного ставлення до соціально-небезпечних хвороб. У зв'язку з цим інструменти соціологічного дослідження, соціального планування та соціального прогнозування знаходять більш практичне застосування в практиці управління, оскільки це дає можливість дослідити реальний стан речей і детально зрозуміти першопричини проблем управління та заходи з профілактики соціально-небезпечних хвороб на рівні громади.

В Україні до 2003 року інструмент оцінки державної політики у сфері профілактики соціально-небезпечних хвороб в рамках моніторингу та оцінки не був до кінця розроблений.

Існуючі стратегії збору індикаторів індивідуального рівня для оцінки ефективності програм профілактики та запобігання соціально-небезпечних хвороб є суперечливими та мають ряд недоліків: збір первинних даних є слабким, що затримує прийняття рішень щодо змін, обслуговування контрольованої речовини у зв'язку з тим, що збір даних один раз на рік; на національному рівні близько шістдесят відсотків індикаторів потребують спеціального дослідження та підтримки; за методикою МОЗ лише чверть необхідних показників базується на галузевих звітах; В країні не проводиться моніторинг показників, що відображають ефективність втручань проти епідемії соціально-небезпечних хвороб (рис. 3.2).

З цієї причини реалізація профілактичних програм у громадах у боротьбі з інфекційними захворюваннями залишається проблематичною: з одного боку,

держава не може отримати кошти на такі програми, а з іншого боку, зміст і якість реалізованих програм є недостатніми та предметом багатьох дискусій як з фахівцями, так і з непрофесіоналами.



Рисунок 3.2 - Структура державного механізму управління у сфері профілактики соціально-небезпечних хвороб

Джерело: розроблено автором

Крім того, соціально-небезпечні захворювання чітко пов'язані з соціально-економічним статусом населення, особливо серед молоді, яка є найбільшою вразливою групою ризику.

Все це відкрило шлях для нової оцінки ефективності профілактики соціально-небезпечних хвороб керівниками держави в новому контексті на основі передових наукових розробок.

3.3 Розробка моделі державного управління боротьби з соціально-небезпечними хворобами в період повномасштабного вторгнення та повоєнний період

П'ятнадцять місяців запеклих боїв в Україні – це випробування на солідарність, людяність, вірність країні та відданість справі на місяці. Медичні працівники, соціальні працівники, персонал центрів АРТ та клінік, де надавалися послуги з тестування на ВІЛ до військових дій наразі перцюють на своїх місцях та виконують роботу з тестування. Усі вони дали зрозуміти, що кар'єра в медичній та здоров'я людей галузі для них стоять на першому місці. Ми вважаємо, що в нашу непрості дня таким працівникам необхідно висловити повагу та вдячність за підтримку, турботу, безпеку та притулок, лікування пацієнтів та проведення профілактичних заходів. Незважаючи на жахливі події, що відбулися на території України та в Києві на початку російського вторгнення, незважаючи на сувору зиму, відсутність електроенергії, тепла, Інтернету медичні працівники знайшли 1000 та один спосіб автоматизувати управління програмами, логістику, доступність ліків та надання допомоги в постраждалих районах, забезпечили пацієнтів всім необхідним. Військові дії ще далекі від завершення а це означає, що наслідки припинення зусиль із запобігання, контролю та лікування ВІЛ-інфекції виходять за межі громадського здоров'я та індивідуального рівня. Наразі завдання відповідних

служб це забезпечити справедливість доставки, зберегти попередні досягнення і запобігти поширенню ВІЛ.

Незважаючи на війну, український уряд продовжує дивитися в майбутнє. Тому для стабілізації ситуації в напрямку боротьби з ВІЛ державна політика повинна бути направлена на розробку наступних заходів:

- розробка програми боротьби зі стресом, тривогою, роботою в стресовій обстановці та підтримки психічного здоров'я пацієнтів і медичних працівників;
- залучення в Україну міжнародних донорів та ініціатив, які допомагають вирішити проблеми закладів охорони здоров'я, інтегрувати служби психічного здоров'я в послуги з ВІЛ;
- розбудова спроможності громадських організацій, посилення навчальної бази соціальних працівників та налагодження співпраці між усіма надавачами послуг в громадському секторі повинно стати пріоритетним завданням на майбутнє;
- розбудова мережі громадських клінік;
- забезпечення якості наданих послуг;
- постійне проведення навчання надавачів послуг;
- розробка системи миттєвої реакції на виклики та зміни потоку пацієнтів;
- розробка якісно нової системи профілактики захворювань як найкращого способу подбати про власне здоров'я та здоров'я нації.

В цьому напрямку є позитивним те що Україна була обрана для запровадження ін'єкцій каботегравіру (CAB-LA) як DCP для хворих на ВІЛ.

Переміщення населення, зміни в поїздках пацієнтів, втрата зв'язку з закладом охорони здоров'я, тимчасові послуги та зміни в медичній практиці - все це вплинуло на якість лікування. У повоєнний період державі необхідно зосередитися на розширенні послуг з лікування ВІЛ та моніторингу ефективності АРТ, запровадженні телемедичних моделей надання послуг з лікування ВІЛ та послуг пацієнтам шляхом надання антиретровірусної терапії через аптеки.

Незважаючи на воєнний конфлікт, держава продовжує працювати над вдосконаленням політики навчання лікарів та медичного персоналу, оновленням освітніх програм, а також проводити загальнодержавні вебінари, тренінги та майстер-класи.

Першочерговим завданням у боротьбі з туберкульозом було прийняття управлінських рішень та координація організаційної діяльності щодо забезпечення доступу до основних ліків, обладнання, витратних матеріалів та інших потреб протитуберкульозних центрів у надзвичайних військових та гуманітарних ситуаціях. Ключовою частиною державної політики було забезпечення доступності медичних послуг для пацієнтів-біженців та мігрантів. Ведення складних переговорів з продажу, вирішення технічних та кадрових проблем. Завдяки цьому партнерству на території України було забезпечено безперервність надання протитуберкульозних послуг навіть під час війни.

Ми вважаємо, що державна політика повинна бути направлена на:

- підтримку загального доступу до високоякісних послуг лікування туберкульозу, застосування системи адвокації, виявлення інфікованих пацієнтів;
- розробку та реалізацію стратегії та планування підвищення якості послуг телемедицини для хворих на туберкульоз;
- застосування традиційних схем лікування туберкульозу (МКРЛ, БПАЛ);
- запобігання стигматизації та дискримінації хворих на туберкульоз;
- підтримання скоординованого підходу до вирішення проблеми туберкульозу;
- усунення законодавчих та регуляторних бар'єрів проти туберкульозу з урахуванням міжнародних рекомендацій, результатів міжнародних досліджень та зусиль партнерів;
- проведення інформаційної кампанії для покращення показників виявлення туберкульозу;
- координація діяльності партнерів у сфері боротьби з туберкульозом;
- проведення досліджень у сфері боротьби з туберкульозом (витрати

пацієнтів, причини гіподіагностики туберкульозу, прихильність до лікування).

В царині боротьби з вірусними гепатитами необхідно незважаючи на всі труднощі, з якими стикаються медичні працівники та хворі особи на гепатит, держава повинна зробити все можливе, щоб більшість людей, які потребують лікування, отримували його.

Державна політика повинна будуватися на наступних діях:

- оновлення стандартів лікування всіх інфекційних захворювань відповідно до сучасних клінічних настанов та міжнародних рекомендацій, що дасть можливість спростити процедури для пацієнтів та інтегрувати медичні послуги;
- провести перегляд номенклатури лікарських засобів, що закуповуються за кошти державного бюджету для лікування вірусних гепатитів, з метою прирівнювання їх до терапії та стратегій управління попитом;
- завершення та запуск модуля вірусного гепатиту в інформаційній системі СЖ МІС з метою покращення моніторингу поширення захворювання та оперативного реагування на потреби системи охорони здоров'я у сфері скринінгу, діагностики та лікування хворих;
- посилення координації між військовими у лікуванні пацієнтів з вірусними гепатитами, створення скоординованих поїздок пацієнтів між медичними установами;
- участь зацікавлених сторін приватного сектору в лікуванні та веденні пацієнтів з вірусним гепатитом;
- посилення системи епіднагляду шляхом оцінки поширеності вірусного гепатиту;
- покращення лабораторної діагностики вірусного гепатиту.

Держава не стоїть на місці і продовжує працювати над покращенням ситуації, адже війна триває, і водночас вона зачіпає всі сфери українського життя. Держава разом із партнерами прагне підтримувати баланс між якісними медичними послугами для пацієнтів та прагматичним підходом до медичних

потреб. Ці кроки необхідні для створення дієвої та практичної моделі державно-приватної співпраці у боротьбі з інфекційними захворюваннями, які загрожують людству.

I. Отримувати та поширювати важливу інформацію щодо доцільності та необхідності децентралізації/інтеграції або розвитку медичних та немедичних послуг у регіоні. Вони можуть включати:

- плани МОЗ України, концепції охорони здоров'я, управління якістю надання медичних послуг в сфері охорони здоров'я, тощо а також національні стратегічні документи щодо боротьби з небезпечними хворобами людини в країні, національні лікувальні заходи, існуючі протоколи та стандарти відповідної допомоги;
- демографічні характеристики та стан здоров'я місцевого населення де основна увага прикута до населення працездатного віку, віковий склад населення та його супутні захворювання;
- поширеність ВІЛ-інфекції, захворюваність на хронічні захворювання та смертність від ВІЛ-інфекції в регіоні;
- розробка індикаторів та цілей здоров'я, у тому числі цілей доступу до послуг, пов'язаних із загрозами громадському здоров'ю з залученням пацієнтів до ДПТ, надання громадських послуг для запобігання ризикам для громадської безпеки, план впровадження ЗПТ;
- інформація про медичні заклади в регіоні, а саме наявні лікарні та медичні заклади, медичні установи, наявний персонал, тощо;
- перелік зацікавлених сторін та їх залученість у децентралізації та розвитку послуг.

Це дає можливість дізнатися, як і коли найкраще залучити зацікавлені сторони до вирішення проблем, можливостей і загроз, які можуть вплинути на надання послуг із загрозливих для життя хвороб для громади.

II. У боротьбі з інфекційними захворюваннями взаємопов'язані фактори визначають пріоритети та шляхи подальшої децентралізації/інтеграції або

надання послуг у межах території. На цьому етапі найважливіше звернути увагу на:

- визначити ефективність децентралізації як основного засобу доступу до послуг, пов'язаних з хронічними захворюваннями, розширення закладів охорони здоров'я тощо;
- визначити пріоритети та пріоритети, які можуть перешкоджати наданню послуг.

Крім того, необхідно розробити стратегію їх подолання.

III. Партнери в боротьбі з інфекційними захворюваннями повинні мобілізувати місцевих лідерів у сфері охорони здоров'я та забезпечити надійну основу для інтересів інших і спеціалістів для досягнення спільної мети.

Це дає можливість дізнатися, як і коли найкраще залучити зацікавлених сторін до вирішення проблем, можливостей і загроз, які можуть вплинути на надання послуг із загрозливих для життя хвороб для громади.

IV. Е боротьбі з інфекційними захворюваннями взаємопов'язані фактори визначають пріоритети та шляхи подальшої децентралізації/інтеграції або надання послуг у межах території. На цьому етапі найважливіше звернути увагу на:

- визначити ефективність децентралізації як основного засобу доступу до послуг, пов'язаних з хронічними захворюваннями, розширення закладів охорони здоров'я тощо;
- визначити пріоритети та пріоритети, які можуть перешкоджати наданню послуг.

Крім того, на рівні держави необхідно розробити стратегію їх подолання.

V. Партнери в боротьбі з інфекційними захворюваннями повинні мобілізувати місцевих лідерів у сфері охорони здоров'я та забезпечити надійну основу для інтересів інших і спеціалістів для досягнення спільної мети.

ВИСНОВКИ

Профілактика суспільно-негативних явищ – це справа не лише держави, а й родини, де виховується дитина чи молода людина. Причому профілактична робота має розпочинатися не в підлітковому віці, якому притаманні прояви бунтарства та заперечення цінностей, а у ранньому дитинстві. Актуальності набуває робота з батьками, спонукання їх обговорювати із дітьми ризики для здоров'я, контролювати поведінку та проведення вільного часу, створювати довірливу атмосферу в сім'ї, дотримуватися сімейних цінностей усіма її членами. Такий підхід має бути забезпечений належною навчальною, методичною літературою для батьків та активною роботою консультаційних центрів.

Вивчення особливостей реалізації державних регуляторних механізмів профілактики соціально небезпечних захворювань, співпраця державних, міжнародних та неурядових організацій довела свій значний вплив на здоров'я населення, є актуальним і перспективним завданням. Тому ми вважаємо, що необхідно посилити зусилля для пошуку подальших механізмів такої співпраці, зокрема щодо проблеми наркозалежності, людей, які живуть у складних життєвих умовах тощо. Врахування територіальних особливостей цього співробітництва при реалізації політики охорони здоров'я в контексті профілактики соціально небезпечних захворювань сприятиме покращенню здоров'я населення та соціально-економічному розвитку регіону. Ми вважаємо, що рішення проблеми полягає у координації міжгалузевої співпраці обласної влади, органів місцевого самоврядування та міжнародних та неурядових організацій щодо реалізації державної політики щодо профілактики соціально небезпечних захворювань в Україні.

Питання профілактики соціально небезпечних захворювань є актуальним в країні і потребує вирішення:

- розробити та широко запровадити механізм соціальних закупівель для догляду та підтримки пацієнтів із соціально небезпечними захворюваннями в умовах погіршення фінансової ситуації;

- запровадження єдиної узгодженої стратегії розвитку та забезпечення життєдіяльності служб профілактики соціально небезпечних захворювань в Україні;

- доопрацювати нормативно-правову базу МОЗ України щодо профілактики соціально небезпечних захворювань;

- підтримка та збільшення державних інвестицій у національні програми боротьби з туберкульозом та ВІЛ/СНІДом, інтегрувати глобальне фінансування в процес реформування охорони здоров'я та соціальної сфери.

В результаті проведеного дослідження доведено, що діяльність державного управління, пов'язана з профілактикою соціально-небезпечних хвороб, характеризується якісними характеристиками прикладного змісту, а саме: наявністю стратегічних цілей і завдань, суб'єктів та об'єктів управлінського впливу, а також застосованих принципів, методів та інструментів для формування та реалізації державної політики. Це дало змогу визначити державну політику у сфері профілактики соціально-небезпечних хвороб як систему цільових загальнодержавних, регіональних та місцевих програм і заходів, які систематично впроваджуються державними установами та широким громадськістю для досягнення спільної суспільної мети – зниження рівня інфікування. обмеження. поширення соціально-небезпечних хвороб в Україні, покращення здоров'я населення та забезпечення належної якості життя людей, які живуть з соціально-небезпечними хворобами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Берзіна А.Б. До питання системи громадського здоров'я в Україні. *Науковий вісник Ужгородського Національного Університету*. 2022. № 69. С.212-217.
2. Богдан Б. В. Вплив російської військової агресії на державну політику охорони населення від інфекційних хвороб в Україні. *Київський часопис права*. 2023. №3. С. 49-53.
3. Богдан Б. В. Сутність державної політики щодо охорони населення від інфекційних хвороб. *Київський часопис права*. 2021. №1. С.60-64.
4. Висоцька С. Інституційні засади адміністрування протиепідемічних заходів в умовах сучасної системи охорони здоров'я України. *Науковий вісник : державне управління*. 2021. № 2(8). С.5-36.
5. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно правові проблеми формування й реалізації). URL: http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg_dpouzou.pdf (дата звернення 10.06.2024).
6. Глобальна база даних про витрати на охорону здоров'я BOO3 URL: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> (дата звернення 20.08.2024).
7. Горбань Д. А. Організація охорони здоров'я України: основні принципи та моделі. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління*. 2023. № 8. URL: <https://doi.org/10.54929/2786-5738-2023-8-03-04> (дата звернення 10.04.2024).
8. Державна служба статистики. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення 20.04.2024).
9. Гордієнко В.О., Борвінко Е.В. Соціально-небезпечні хвороби - проблема регіонів. *Інфраструктура ринку*. 2019. Випуск 35. С. 321-326. URL: <https://doi.org/10.32843/infrastructure35-51> (дата звернення: 20.05.2024).

- 10.Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції та здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.05.2017 р. № 352-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/352-2017-%D1%80#Text> (дата звернення: 07.01.2024)
- 11.Діяльність галузі охорони здоров'я у 2023 році. URL: <http://lbd.sm.gov.ua/index.php/uk/9138> (дата звернення 20.08.2024).
- 12.Кононенко Л. Особливості боротьби з соціально небезпечними захворюваннями на регіональному рівні. *Collection of Scientific Papers with the Proceedings of the 1st International Scientific and Practical Conference «New Horizons in Scientific Research: Challenges and Solutions» (October 21-23, 2024. Marseille, France). European Open Science Space, 2024. P.92-93.*
- 13.Кононенко Л.О. Державна політика у сфері подолання соціально-небезпечних захворювань. *Сучасні аспекти та перспективні напрямки розвитку науки: матеріали VI Міжнародної студентської наукової конференції, м. Харків, 19 січня, 2024 рік / ГО «Молодіжна наукова ліга». Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2024. С. 61-62.*
- 14.Конституція України. Прийнята Верховною Радою України 28.06.1996. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80/ed19960628> (дата звернення: 07.01.2024).
- 15.Маландій М.В. Соціально-небезпечні хвороби трактування в державній політиці України. *Матеріали IV Міжнародної студентської конференції «Глобалізація наукових знань: міжнародна співпраця та інтеграція галузей наук.* URL: <https://liga.science/conferences.html> (дата звернення 25.02.24)

- 16.Маландій М.В., Ставничий В. Д. Особливості формування системи управління медичним закладом в умовах військового стану. *Матеріали міжнародної науково-практичної інтернет-конференції. Інформаційне суспільство: технологічні, економічні та технічні аспекти становлення*. URL: <http://www.konferenciaonline.org.ua/ua/articles/year-3/rozdil-20/pidrozdil-61/pidrozdil2-0/> (дата звернення 25.02.24)
- 17.Міністерство охорони здоров'я України (2023). URL: <https://moz.gov.ua/> (дата звернення: 07.01.2024).
- 18.Огнев В.А., Чухно І.А. Громадське здоров'я: змістовно управлінський аспект. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. №3 (50) С.58-61.
- 19.Поведінкові стратегії населення в умовах поширення соціально небезпечних хвороб / за наук. ред. Г. Чепурко. Київ: Інститут соціології НАН України, 2023. 223 с.
- 20.Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення : Закон України від 03 березня 1998 р. № 155/98-ВР. URL : www.rada.gov.ua. (дата звернення: 15.05.2024).
- 21.Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування та підтримка ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки: закон України від 19 лют. 2009 р. № 1026. URL: <http://www.zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1026-17> (дата звернення: 15.05.2024).
- 22.Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 06 квіт. 2000 р. № 1645-III (1645-14) (у редакції від 01.06.2012 р.). *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 29. Ст. 228.
- 23.Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 18 січня 2006 року "Про заходи щодо підвищення ефективності боротьби з небезпечними інфекційними хворобами": Указ Президента України від 14 лют. 2006 р. № 132/2006 (із змінами). *Офіційний вісник України*. 2006. №

7. Ст. 85. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/132/2006> (дата звернення: 15.05.2024).
24. Проект розвитку ВІЛ/СНІД сервісу в Україні «Управління в неурядовій організації». URL: <https://network.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/9672f4cfcee99d8174d74f5006377a56.pdf> (дата звернення 20.04.2024).
25. Птащенко А.В. Соціально-небезпечні хвороби як сфера державноуправлінської діяльності. *Економічні читання: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., присвяч. 85-річному ювілею професора В.Й. Шияна*, 19 лютого 2021 р. Харків. нац. аграр. ун-т ім. В.В. Докучаєва. Харків: ХНАУ, 2021. С.218-220.
26. Три важливі демографічні показники. 2023-го народилося найменше дітей за останні 300 років. URL: <https://texty.org.ua/articles/112194/try-vazhlyvi-demohrafichni-pokaznyky-2023-ho-narodylosya-najmenshe-ditej-za-ostanni-300-rokiv/> (дата звернення: 10.05.2022).
27. Jones T., Price P. Development and experimental medicine applications of PET in oncology: a historical perspective. *Lancet Oncol.* 2012. Vol. 13, N 3. P. 116– 125.
28. Medical Examination of Aliens. Electronic Code of Federal Regulations. Washington, D.C : U.S. Government Publishing Office, 2020. Title 42, Vol. 1, Chap. I. P.34-42. URL: <https://gov.ecfr.io/cgi-bin/textidx?SID=dbedad56896fa60bd05f378c5b3eef94&mc=true&node=pt42.1.34&rgn=div 5> (дата звернення: 15.05.2022).
29. Patel N. R., McPhail M. J., Shariff M. I. Biofluid metabonomics using HNMR spectroscopy: the road to biomarker discovery in gastroenterology and hepatology. *Exp. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2012. Vol. 6, N 2. P. 239– 251.
30. World Health Organisation (2021) Global Health Observatory Data Repository. URL: <http://apps.who.int/gho/data/view.main> (дата звернення: 15.05.2024).

31. Drug-related infectious diseases: health and social responses. URL: https://www.euda.europa.eu/sites/default/files/pdf/14195_en.pdf?626983 (дата звернення: 10.03.2024).