

Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»

Факультет суспільних наук

Кафедра державного управління

«Магістр»

(освітньо-кваліфікаційний рівень)

Магістерська робота

на тему:

“Особливості реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні
на сучасному етапі ”

Виконав: студент VI курсу,
напряму підготовки (спеціальності)

281 «Публічне адміністрування»

Губар О.М.

(прізвище та ініціали)

Науковий керівник: д.е.н., доц.

Борщевський В.В.

(посада, науковий ступінь, прізвище та
ініціали)

Львів – 2019 рік

ЗМІСТ

Вступ	4
Розділ I.	
Політика у сфері психічного здоров'я та її законодавча база.	
1.1. Історія становлення системи охорони психічного здоров'я в Україні, аналіз існуючих теоретичних матеріалів.	9
1.2. Нормативно-правові основи системи охорони психічного здоров'я в Україні.	15
Розділ II.	
Аналіз формування державної політики системи охорони психічного здоров'я населення.	
2.1. Реалізація державної політики охорони психічного здоров'я.	28
2.2. Програма системи охорони психічного здоров'я в Україні.	33
2.3. Дослідження стану охорони психічного здоров'я в Україні. Моніторингові звіти.	46
Розділ III	
Проблематика реалізації заходів реформування у системі охорони психічного здоров'я в Україні та проекти щодо її покращення.	
3.1. Ситуація сьогодні, щодо реформування системи охорони психічного здоров'я.	54
3.2. Іноземний досвід та рекомендації щодо реформування охорони психічного здоров'я для України.	61
3.3. Структура реформованої системи охорони психічного здоров'я. Боротьба із явищем стигматизації.	78
Висновки	72
Список використаних джерел	77

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЗУ — Закон України

ВОЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

СОПЗУ — Система охорони психічного здоров'я в Україні

КПК – Кримінально процесуальний кодекс України

КК – Кримінальний кодекс України

ЄСзПЛ – Європейський суд з прав людини

РЦПЗ – регіональний центр психічного здоров'я

ЦРЛ – центральна районна лікарня

МСЕК – медико-соціальна експертна комісія

ЛКК – лікарська консультативна комісія

НСЗУ – національна служба здоров'я України

ВСТУП

Актуальність роботи. Згідно статей 3 та 49 Конституції України, життя і здоров'я людини є найвищими соціальними цінностями держави, і кожний громадянин України має право на охорону здоров'я та медичну допомогу.

Здоров'я людини є не лише однією з найважливіших життєвих цінностей, основою життя людини та способом (формою) її існування, але й одним із визначальних чинників розвитку економіки країни, показником її благополуччя, індикатором результативності й ефективності соціальних реформ. Німецький філософ А. Шопенгауер писав: «Здоров'я настільки перевищує усі інші блага життя, що воістину здоровий жебрак — щасливіший, ніж хворий король».

Сучасна система охорони здоров'я, що дісталась Україні у спадок від УРСР, знаходиться в кризовому стані, що наочно підтверджується медико-демографічними показниками. Вона погано пристосована для того, щоб за нинішніх умов соціально-економічного розвитку країни належним чином реагувати на потреби населення.

За роки незалежності ця - чи не найважливіша складова сфери соціального захисту - набула спонтанної деформації без належної адаптації до сучасних вимог та суспільних потреб. Не викликає сумніву, що система охорони здоров'я в її нинішньому стані потребує негайного реформування, точніше – заміни новою системою, яка була б здатна забезпечити належний рівень медичного обслуговування населення у відповідності до вимог сьогодення.

Як вказують експерти ВООЗ, здоров'я населення – це фактор довготривалого стійкого економічного зростання, підвищення національного доходу, що у свою чергу впливає і на соціальне благополуччя, сприяє безперервному економічному зростанню і зниженню рівня бідності. [75]

На сучасному етапі стала очевидною висока чутливість суспільства до ситуації в медичній сфері. Психічне здоров'я населення України, будучи

невід'ємною частиною галузі охорони здоров'я, вимагає змін, які повинні істотно трансформувати надання психіатричної допомоги громадянам України.

Особливо це актуально сьогодні, адже в період економічної кризи на перше місце повинні виступати соціальні пріоритети.

Саме ступінь орієнтованості держави на покращення здоров'я громадян, вдосконалення діяльності сфери охорони здоров'я і є одним із основних, на нашу думку, показників розвитку держави, її цивілізованості і конкурентоспроможності.

Між тим, показники стану здоров'я населення України (за даними як вітчизняної, так і міжнародної статистики) упродовж останніх десятиріч набули досить серйозних негативних тенденцій: зросли рівні смертності (особливо серед людей працездатного віку), захворюваності, зменшилась середня тривалість життя тощо. [76]

На жаль, охорона здоров'я в нашій країні не стала пріоритетом державної політики, попри численні декларації, політичні спекуляції та дискусії про шляхи її реформування, що точаться вже майже два десятиліття.

Критична ситуація у сфері охорони здоров'я (СОЗ) в Україні вимагає вироблення єдиної державної політики щодо її реформування. Неухильне підвищення рівня добробуту людей, суттєве поліпшення функціонування системи охорони здоров'я у спосіб її реформування з метою підвищення якості медичних послуг, їх доступності, запровадження стимулів для здорового способу життя населення та належних умов праці. [77] У нашій роботі ми надамо рекомендації щодо покращення процесу реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні.

Метою роботи є дослідити особливості реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні на сучасному етапі.

Досягнення зазначеної мети обумовлено вирішенням наступних завдань дослідження:

1. Дослідити історію становлення системи охорони психічного здоров'я в Україні, аналіз існуючих теоретичних матеріалів
2. Визначити нормативно-правові основи системи охорони психічного здоров'я в Україні
3. Розглянути реалізацію державної політики охорони психічного здоров'я
4. Дослідити програму системи охорони психічного здоров'я в Україні
5. Розглянути сучасну ситуацію, щодо реформування системи охорони психічного здоров'я
6. Дослідити іноземний досвід та рекомендації щодо реформування охорони психічного здоров'я для України.

Об'єктом дослідження є система охорони психічного здоров'я в Україні.

Предметом дослідження є теоретична база знань, щодо врегулювання системи охорони психічного здоров'я в Україні.

У більшості сучасних праць з цієї проблематики переважно йдеться лише про теоретичний аспект реформування, а не про механізм її здійснення. Проведене нами дослідження свідчить, теоретичної бази знань дуже мало.

Методи дослідження. Методи дослідження вивчаються в рамках методології, як окремої наукової дисципліни.

Методи пізнання відіграють вагомий роль в процесі дослідження. Правильно вибраний метод значно збільшує достовірність результатів, полегшує роботу над дослідженням.

Для забезпечення об'єктивності, всебічності і повноти нашого дослідження, а також для отримання науково обґрунтованих і достовірних результатів роботи використано сукупність філософсько-світоглядних, загальнонаукових і спеціальних методів наукового пізнання.

При написанні даної роботи та при проведенні досліджень, використовувались наступні методи: синтез, логічність, аналіз та узагальнення літературних джерел.

Крім того, основним у цій системі виступає загальнонауковий метод пізнання, на базі якого проблеми даної роботи розглядаються в єдності їх соціального змісту і юридичної форми.

Використовувались такі загальнонаукові методи, як історичний, порівняльний, і системний.

Історичний дав змогу вивчити особливості формування системи охорони психічного здоров'я в Україні.

За допомогою порівняльного методу були виконані співставлення положення чинного законодавства України, європейських країн та міжнародних норм, щодо проблематики забезпечення роботи системи охорони психічного здоров'я в Україні.

Системний метод застосовувався при обґрунтуванні самостійності принципів побудови системи забезпечення прав сторін, дозволив концептуально сформулювати і обґрунтувати теоретичні підвалини і розробити рекомендацій щодо реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні.

Системно-структурний підхід застосовувався для дослідження проблем правового регулювання щодо вирішення проблематики реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні на сучасному етапі життя.

Практична значимість роботи є безумовно великою оскільки, в умовах інтеграції України до Європейського союзу питання щодо проблематики реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні з урахуванням зарубіжного досвіду набули значного поширення.

Результати нашого дослідження можуть бути використані у навчальному процесі – під час викладання навчальних дисциплін.

Крім того, вони можуть бути використані для подальших наукових досліджень.

Також їх можна буде застосувати у правозастосовній сфері – у практичній діяльності органів публічної адміністрації, з метою внесення змін у процес реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні.

Структура роботи. Магістерська робота викладена на 99-ти сторінках комп'ютерної верстки. Складається з вступу та трьох розділів, висновків, та списку використаної літератури який включає в себе 69 літературних джерела, з яких 34 електронні.

РОЗДІЛ I. ПОЛІТИКА У СФЕРІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЇЇ ЗАКОНОДАВЧА БАЗА.

1.1. Історія становлення системи охорони психічного здоров'я в Україні, аналіз існуючих теоретичних матеріалів

Всесвітній день психічного здоров'я в Україні відмічається з 1992 року. Біля чверті населення планети як в розвинутих, так і в країнах що розвиваються страждають від різноманітних психічних розладів в різні періоди життя.

У світі близько 120 млн., людей страждають на депресивні розлади різного рівня, 37 млн. — на хворобу Альцгеймера, 50 млн. — на епілепсію, а 24 млн. — на захворювання спектру шизофренії. За останні 10 років на Землі вдвічі виросло число алкогольних психозів і майже втричі — кількість порушень психіки, пов'язаних з наркоманією.

Близько половини населення європейських країн і США, які страждають психічними розладами, не отримують належного лікування. Кожен день 15 людей у віці від 15 до 24 років завершують життя самогубством через важкі депресивні та реактивні розлади. Приблизно така ж кількість самогубств спостерігається серед тих, кому за 60 років. Водночас 90% людей, які звернулися за допомогою через депресію, виліковуються.

За даними професора М. Крамер у XXI ст. нас чекає «пандемія» психічних захворювань.[8] І ми цю тенденцію спостерігаємо зараз. Згадаємо тільки те, що протягом 2018 року в США відбулися декілька розстрілів у школах та вузах. На жаль, вивчити психічний стан тих людей, які вчинили розстріл, не вдалось, оскільки вони після такої акції закінчували життя самогубством.

Також, спостерігається ріст серійних вбивств, ріст кількості вбивств та випадків сексуального насильства на ґрунті декомпенсації психопатичних розладів, тощо. Психіатрія, як окрема медична наука досить молода. Хоча

психічні аномалії спостерігаються з самої появи розумної людини, її соціалізації.

Психічні аномалії згадуються у історичних дописах та спостерігалися у лідерів держав. Достатньо згадати імператора Тіберія (сексуальні «сади», девіації сексуальної поведінки), імператорів Калігулу, і Нерона, Мессаліну, маркіза де Ре (прототип синьої бороди, більше 300 вбивств хлопчиків на ґрунті декомпенсації психопатичних розладів), угорська принцеса Єлізавета (більше 600 вбивств малолітніх дівчат).

Психічні аномалії спостерігалися у Івана Грозного, Петра I. На епілепсію страждали Цезар, Наполеон.

Психічні аномалії відмічалися у всіх керівників СРСР (Ленін — сифіліс мозку і різка деградація особистості в останні роки життя, Сталін мав прояви параної (втсановив М. Бехтерєв), Хрущов — зловживання алкоголем і акцентуація/психопатизація особистості, Брежнєв — токсикоманія у останні роки життя.).

Та, і у деяких лідерів держав пострадянської історії ми спостерігаємо аномалії психіки. Росту психічних розладів в сучасному суспільстві сприяють такі фактори, як урбанізація, індустріалізація, розрив з природою та екологічні зрушення, стресові стани у людей. Навіть надробота з комп'ютером може мати негативні впливи на психіку людини.

Повертаючись до історії становлення психіатрії, слід зазначити, що система психологічної допомоги, яка склалася в Росії у другій половині XIX ст., рахувалася однією з найкращих у світі та служила взірцем для вивчення.

Навіть в середньовіччі на Русі ніколи не спалювали душевно хворих на вогні і не заковували в ланцюги. Богоугодною справою було нагодувати і напоїти юродивого, а величезним гріхом рахувалося його образити [6]. Руйнування цієї системи почалося із становленням Радянської держави.

На початку — руйнація, потім повна централізація, контроль зі сторони держави та чиновників, і не тільки з міністерства охорони здоров'я.

Апогеєм перекручування психіатричної допомоги, зокрема діагностики психічних захворювань, стали 70–90 роки, коли відбулася політизація психіатрії. Її почали використовувати для подавлення інакомислення, тобто в боротьбі з дисидентами.

Практично всі дисиденти пройшли через процедуру встановлення діагнозу психічного розладу та призначення примусового лікування. За це радянська асоціація психіатрів в 1983 року була виключена із Всесвітньої асоціації психіатрів.

Початком змін в наданні психіатричної допомоги стало затвердження «Положення про умови і порядок надання психіатричної допомоги в 1988 році». Але цей процес був і є довготривалим (про що буде сказано в подальшому).

Психіатрія є медичною наукою, вона вивчається в медичних вузах, а психіатром може стати лише лікар, який має повну медичну освіту і пройшов вузьку спеціалізацію з психіатрії, яка може тривати до двох років навчання. Але психіатрію потрібно віднести до комплексної науки, що зумовлено її зв'язком з такими науками, як психологія, соціологія, філософія, політологія, правові науки.

Тому потрібно говорити не тільки про психіатричну допомогу, а про охорону психічного здоров'я, що є поняттям набагато ширшим.

Відповідно міняється місце самого психіатра, з'являються нові науки, які переплітаються з психіатрією, але є більш-менш самостійними (психотерапія, психологічне консультування, психофізіологічна реабілітація тощо), змінюється поняття про лікування осіб із розладами психіки (від чистого біологізму, фармацевтичного напрямку, тобто застосування тільки психотропних препаратів, до комплексного лікування).

Зв'язок психіатрії з правовими науками проявляється в наступному: по-перше, надання психіатричної допомоги, місце самої психіатрії, регламентується і базується на таких нормативно-правових актах як Конституція України, Основи законодавства України про охорону здоров'я,

Закону України «Про психіатричну допомогу» 2000 р., та інших нормативно-правових актах, прийняті відповідно до них. Закон України «Про психіатричну допомогу» визначає правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою ґрунтуючись на пріоритеті прав і свобод людини і громадянина, встановлює обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, регламентує права і обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги. [11]

Він складається з 6 розділів:

1. Загальні положення.
2. Психіатричні заклади, медичні працівники та інші фахівці які надають психіатричну допомогу.
3. Забезпечення прав осіб при наданні психіатричної допомоги.
4. Контроль і нагляд за діяльністю з надання психіатричної допомоги.
5. Порядок оскарження рішень, дій і бездіяльності, пов'язаних з наданням психіатричної допомоги.
6. Прикінцеві положення .

По-друге, загальна клінічна психіатрія включає в себе таку науку як судова психіатрія яка вивчає психіатричні питання щодо кримінальних та цивільних справ, тобто безпосередньо пов'язана з кримінальним процесом, кримінальним правом , криміналістикою, цивільним правом і процесом та іншими юридичними науками.

Основні питання які вирішує судова психіатрія — це осудність/неосудність особи, обмежена осудність, дієздатність/недієздатність особи [4], примусові заходи медичного характеру.

Причому примусові заходи медичного характеру і їх застосування описані як в законі «Про психіатричну допомогу» (ст. 19) так і в КК України (Розділ XVI, ст. 92-96) .

Узагальнюючи вищесказане багаточисельні аспекти охорони психічного здоров'я можна виділити в наступні групи:

1. пізнавальний (гносеологічний) аспект, який претендує на встановлення істини, винесення питання “що є що” в даній галузі — тобто виявити хворобу та встановити діагноз, оцінити важкість розладу і дати прогноз подальшого розвитку;

2. практичний, зокрема практично-преобразуючий (праксеологічний) аспект який складається із практичних способів та впливу з метою зміни в бажаному для нас напрямку тих чи інших явищ (тобто, коли розлад виявлено він потребує лікування, а в подальшому повинні бути вирішені питання ресоціалізації та адаптації громадянина із психічним розладом у сучасному світі);

3. цінносний (аксеологічний) аспект, який розглядаючи те чи інше явище як цінність на основі аксеологічного підходу буде нормативно-ціннісні системи, регулює за допомогою соціальних норм поведінку людей в даній області.

Окремо хочеться зупинитися на лікуванні психічних розладів. Надання психіатричної допомоги є безумовною прерогативою психіатрії та підкорених їй суміжних галузей медико-біологічних наук (загальна терапія, фізіологія, біологія та інші).

Але така форма надання медичної допомоги як психіатрична не може існувати без таких наук як психологія, соціологія (зокрема ставлення суспільства до людей з психічними розладами), тощо. Як вже йшлося вище, провідне місце у лікуванні психічних захворювань займає фармакологічний підхід.

Однак, на нашу думку, використання фармакологічних засобів у наданні психіатричної допомоги повинно чітко корелювати з глибиною розладу та займати якомога коротший період часу із подальшим, якнайшвидшим, долученням людини з психічним розладом до ресоціалізаційно-реабілітаційних програм. Тому останнім часом велике

значення набувають такі методи допомоги як психотерапія зокрема її напрям - психоаналіз. Ставлення до психотерапії в нашому суспільстві двояке.

По-перше, на відміну від психіатричної лікарської допомоги психотерапія не має чіткої законодавчої бази. Офіційно психотерапевтом може стати людина, яка закінчила медичний вуз, пройшла спеціалізацію в державних навчальних закладах і отримала сертифікат лікаря психотерапевта.

На думку авторів, ця позиція є хибною, помилковою. Адже психотерапевт — це людина, яка має не тільки відповідний сертифікат. Це людина, яка повинна відчувати свого пацієнта, його психічний, душевний і моральний стан.

Тому психотерапевту не обов'язково мати медичну освіту. Достатньо психологічної або деяких інших гуманітарних освіт. Основний вплив на становлення психотерапевта має спеціалізація, яка повинна тривати достатній час (на державному рівні спеціалізація триває 6 місяців, що є недостатньо, світова практика говорить про 10 років підготовки психотерапевта, п'ять з яких складає власний досвід).

Щоб стати психотерапевтом недостатньо навіть самого уважного вивчення підручників і монографій. Велике значення має взаємодія з пацієнтами та розуміння власних рефлексій. Психотерапевт повинен мати свій відповідний внутрішній стан, вміти, у першу чергу, розуміти себе самого, що потребує тривалого часу на підготовку.

Не впливаючи на основу структури особистості, він допомагає пацієнту стати більш гнучким в задоволенні своїх потреб і у використанні своїх здібностей. К.Юнг відмічав, що особа психотерапевта — найкраща формула психотерапії.

По-друге, хоча психотерапія широко практикується в усьому світі, практичних оцінок ефективності різних форм, які б отримали всезагальне визнання, немає. Результати досліджень коливаються у широкому діапазоні: одні демонструють користь психотерапії, інші прирівнюють її дію до

плацебо-ефекту, треті не виявляють ніякого позитивного ефекту. В авторів ставлення до психотерапії позитивне.

Ми не уявляємо лікування людей з розладами психіки та охорону психічного здоров'я суспільства без психотерапії. При деяких психічних аномаліях цей метод лікування займає перше місце.

Підводячи підсумок хочеться зазначити, що у сфері охорони психічного здоров'я населення є ще дві галузі, які можна назвати недостаючими інгредієнтами як в підготовці, так і в роботі психіатрів.

На теперішній час — це профілактика та психосоціальна реабілітація. Причому значення цих напрямків з роками буде неухильно зростати і в майбутньому психіатрам та іншим працівникам системи охорони психічного здоров'я належить займатися ними все більше і більше.

1.2. Нормативно-правові основи системи охорони психічного здоров'я в Україні

Зміст конституційного права на охорону здоров'я загалом деталізується у Розділах I і II Конституції України.

У ст. 3 Основного Закону чітко зазначено: «Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю».

Більше того, Конституція свідчить, що «права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави». Згідно із цією статтею життя і здоров'я людини віднесено до головних національних і соціальних цінностей, відповідальність за охорону яких бере на себе держава. Таким чином, право громадянина на життя і здоров'я ототожнюється із правом на охорону його життя і здоров'я державою.

У цьому можна повністю погодитися з В. Москаленком, який об'єднує згадані поняття у формулі ПЗ/ПОЗ [7, с. 25]. Безпосереднє відношення до реалізації конституційного права особи на охорону психічного здоров'я має ст. 49 Конституції України, якою визначено, що «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування».

Конституцією також передбачено, що «охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм». Основний Закон не уточнює змісту цих програм, але в ньому відчувається намагання гарантувати реалізацію такого права: «Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; наявна мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності» [23, с. 75].

Слід звернути увагу, що хоча в ст. 49 Конституції України проголошено, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена [9].

Проте в Основному Законі нашої держави не задекларовано право на охорону психічного здоров'я. Досліджуючи проблематику захисту прав осіб з розладами психічного здоров'я, вчений О. А. Федько висловлює слушну думку, що ст. 49 Конституції України потребує відповідних змін та доповнень [10].

Такий підхід дозволить на найвищому рівні акцентувати увагу на проблематиці соціального захисту осіб з розладами психічного здоров'я.

З метою визначення правових та організаційних засад забезпечення громадян психіатричною допомогою, виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, було прийнято Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 р. № 1489-III. [11]

Психіатрична допомога надається на основі принципів законності, гуманності, додержання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів лікування з мінімальними соціально-правовими обмеженнями. [11]

Цим законом проголошена презумпція психічного здоров'я, а саме: кожна особа вважається такою, яка не має психічного розладу, доки наявність такого розладу не буде встановлено на підставах та в порядку, передбаченому законодавством [11].

Разом з тим, попри чітко прописані вимоги щодо порядку надання психіатричної допомоги, за даними Генеральної прокуратури України, з року в рік мають місце численні порушення прав дітей, пов'язані з необґрунтованим поміщенням вихованців інтернатів та будинків дитини до психіатричних лікарень без згоди органів опіки та піклування, попереднього психіатричного огляду та скерування лікарів-психіатрів.

Такі порушення провокуються недосконалою системою організації психіатричної допомоги дітям [12]. Значно поширене на практиці протиправне явище розголошення конфіденційної інформації про стан здоров'я осіб, котрі звертались за психіатричною допомогою.

Про це свідчить і відома «справа Устименка», на підставі якої було прийнято рішення Конституційного Суду України «у справі щодо офіційного тлумачення статей 3,23, 31,47,48 Закону України «Про інформацію» та ст. 12 Закону України «Про прокуратуру» (справа К.Г. Устименка)» № 18/203-97 від 30.10.1997 р. За матеріалами справи впливає, що в 1988-1990 роках за клопотанням керівництва Дніпропетровського залізничного технікуму

Устименко К.Г. перебував на консультативному психіатричному обліку Дніпропетровського міського психоневрологічного диспансеру.

Про цей факт стало відомо. На думку Устименка К.Г., це в подальшому обмежувало можливості його працевлаштування і завдало йому моральних та матеріальних збитків [13].

Набула в Україні поширення і неправомірна практика порушення прав недієдатних осіб в справах спадкування, операцій з житлом тощо. За даними Асоціації психіатрів України, досить часто в Україні здійснюються неправомірні операції (купівля - продаж, обмін житла, отримання позик та ін.), де однією із сторін є недієдатна особа або особа з обмеженою дієдатністю [14].

Зовсім інша ситуація в частині соціального захисту осіб з розладами психічного здоров'я складається в інших країнах світу. Як вказує, досліджуючи це питання, І. І. Гокунь, за останні п'ятдесят років за кордоном форми надання допомоги у сфері психічного здоров'я змінилися від направлення до спеціальних закладів тих людей, які страждають на психічні розлади, до надання їм допомоги у громаді за підтримки, що передбачає виділення в гострих випадках ліжок у лікарнях загального профілю. [15]

Така зміна базується як на необхідності дотримання прав людей із психічними розладами, так і на застосуванні сучасних заходів та методів. У розвинених країнах дедалі більше людей із психічними захворюваннями взагалі обходяться без стаціонарного лікування і отримують необхідну допомогу за місцем проживання. Більшість наявних у світі сучасних програм допомоги людям, які страждають на психічні захворювання, ґрунтується на принципах поза лікарняної підтримки.

Основний принцип такої системи - збалансоване поєднання психіатричної допомоги та соціальної підтримки [15].

Тобто головний напрямок діяльності інших держав в частині соціального захисту осіб з розладами психічного здоров'я - максимальна адаптація осіб з розладами психічного здоров'я в суспільстві, створення їм умов

для комфортного існування. Відповідне спрямування соціальної політики є бажаним і необхідним для України.

Як бачимо, психічне здоров'я та психічне благополуччя є найважливішими складовими високого рівня якості життя, які дозволяють людині вважати своє життя повноцінним та значущим, бути активними і творчими членами суспільства.

Високий рівень психічного здоров'я населення є важливим фактором соціальної єдності, продуктивності праці, суспільного спокою та стабільності оточуючого середовища, що сприяє зростанню соціального капіталу та економічному розвитку суспільства.

На жаль, показники охорони психічного здоров'я населення України свідчать про тривожні тенденції в цій галузі. За даними Міністерства охорони здоров'я України, у проблемі охорони психічного здоров'я виділяються дві складові: медична, ефективність якої складає лише 10%, та соціальна, яка являє собою зусилля всього суспільства, спрямоване на укріплення психічного здоров'я [7].

Серед причин недостатньої ефективності надання психіатричної допомоги слід виділити наступні: відсутність в державі і суспільстві розуміння того, що психічне здоров'я і психічне благополуччя є найважливішими передумовами високої якості життя, котрі забезпечують соціальну єдність, продуктивність праці, суспільні спокій і стабільність, що сприяє зростанню соціального капіталу та економічному розвитку суспільства.

Питання психічного здоров'я продовжують розглядатися архаїчно, до психічного розладу здебільшого ставляться як до рідкісного, лиховісного і ганебного явища.

До цього часу має місце дискримінація і соціальна ізоляція, жертвами яких стають люди з психічними проблемами, що належать до різних груп населення України. [78]

Як аргументовано зазначає І. Я. Сенюта, в складних соціально-економічних умовах перед Україною стоїть важливе завдання удосконалити

нормативно-правову базу у сфері охорони здоров'я, привести її у відповідність вимогам міжнародно-правових актів та загалом реформувати всю систему охорони здоров'я, беручи до уваги міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я, основоположні принципи, що визначені у міжнародно-правових документах з прав людини, світову політику і тенденції в охороні здоров'я, але адаптуючи до вітчизняних традицій та політичних, економічних і соціальних реалій нашого життя [8, с. 25].

Враховуючи вищезазначене, слід констатувати:

1) в Україні спостерігається недостатнє фінансування та нераціональні схеми фінансування психіатричної допомоги;

2) застаріла структурна та функціональна організація психіатричної служби, яка нагально потребує змін, згідно з європейськими та світовими тенденціями;

3) потребує вдосконалення нормативно-правова база для регулювання діяльності психіатричної служби та здійснення профілактичної її спрямованості;

4) відсутнє належне кадрове забезпечення (недостатня участь медичних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників у наданні психіатричної допомоги);

5) немає достатньої взаємодії психіатричної служби з взаємопов'язаними галузями: освітою, органами соціального забезпечення тощо.

В результаті такого стану речей на практиці виникає явище так званого когнітивного дисонансу, тобто невідповідність задекларованого побаченому [26, с. 51].

Щодо права ЄС, то варто звернути увагу на дві значні події в галузі захисту прав людини, що відбулися у зв'язку зі вступом в силу Лісабонської угоди про внесення змін в Угоду про Європейський Союз й Угоду про заснування Європейської Спільноти.

Так, по-перше, ЄС увійшов до правового простору Європейської конвенції про права людини, а, по-друге, почала діяти Хартія основних прав ЄС.

Відповідно до статті 35 Хартії, «кожний має право на доступ до превентивної допомоги та медичне обслуговування на умовах, передбачених національним законодавством та практикою. Підвищена увага має приділятися захисту здоров'я людини при розробці і здійсненні усіх політик та дій Європейського Союзу» [44, с. 12].

Психічне здоров'я є одним з важливих об'єктів соціальної політики ЄС. Окрім розповсюдженості психічних захворювань, актуальність вироблення єдиної політики ЄС щодо сприяння покращенню психічного здоров'я громадян зумовлена тісним зв'язком між психічними розладами та суїцидом, значним навантаженням на економічні, соціальні та освітні системи, а також тенденціями до дискримінації та стигматизації осіб, що страждають на психічні хвороби, які є несумісними із цінностями Союзу.

Базовим документом, що містить пропозиції щодо уніфікації відповідних політик ЄС, є Зелена книга «Покращення психічного здоров'я населення. До стратегії щодо психічного здоров'я у ЄС».

Основними аспектами відповідної стратегії є сприяння психічному здоров'ю усіх осіб, профілактика, покращення якості життя хворих на психічні хвороби за допомогою соціальної інклюзії та захисту їхніх прав, а також – розвиток системи інформації, досліджень та знань з проблем психічного здоров'я [51, с. 33].

Серед інших актів ЄС з питань психічного здоров'я варто виокремити ряд документів Ради міністрів Союзу (Висновки 2012, 2013, 2015 років) та резолюцію Європарламенту з психічного здоров'я. Відповідна резолюція Європарламенту концентрується на профілактиці депресії та суїциду, психічному здоров'ї молоді та в галузі освіти, на робочому місці, психічному благополуччі літніх осіб, а також профілактиці соціальної ексклюзії та стигми [51, с. 74].

Отже, зважаючи на важливість забезпечення захисту населення від негативного впливу психічних хвороб, союз європейських країн приділяє значну увагу виробленню стратегічних напрямків політики в даній галузі, однак не у вигляді конкретних пропозицій (які є більш притаманними «білим книгам»), а більш загально, створюючи базис для розробки національних стратегій.

Також, ЕС окремо закріпило права мігрантів на психічне здоров'я. Дана практика може бути актуальною для України у зв'язку з великою кількістю переселенців, через війну на Сході держави та з АРК.

Різні аспекти захисту прав мігрантів в рамках механізму ООН входять до компетенції Управління Верховного Комісару ООН з прав людини, Міжнародної організації міграції, ВООЗ та Міжнародної організації праці.

Відповідно до результатів спільних досліджень МОМ та ЮНЕЙДС, основними складнощами в контексті реалізації права мігрантів на здоров'я є брак забезпечення послугами державної системи охорони здоров'я; брак фінансових можливостей для забезпечення себе медичним страхуванням; недостатній доступ до відповідної інформації щодо доступних послуг; шкідливість умов праці; жорстоке поводження, а також страх звернутися до закладів охорони здоров'я [16].

Згідно з результатами дослідження Д. Бхугри та П. Джонса, мігранти є, зазвичай, більш схильні до цілого ряду психічних захворювань, порівнянно з корінним населенням. Серед цих захворювань варто виокремити шизофренію, депресію, розлади, пов'язані із харчуванням, а також посттравматичний стресовий розлад [9, с. 21-23].

Питання уніфікації підходів до міграційної політики взагалі та імміграційної політики зокрема, та їхня комунітаризація є одними з найактуальніших у європейській правотворчості через значущість міграційних потоків та необхідність забезпечити реалізацію мігрантами основних прав людини.

Вступ в силу Лісабонської угоди про внесення змін в Угоду про Європейський Союз й Угоду про заснування Європейської Спільноти став важливою подією на шляху до подальшої інтеграції, формування простору свободи, безпеки та правосуддя, а також створення спільної імміграційної політики. Крім того, із вступом в силу Лісабонської угоди, почала діяти Хартія основних прав ЄС, що включає право на здоров'я. [79]

Незважаючи на активний розвиток спільної міграційної політики ЄС, наразі правову базу реалізації та захисту права мігрантів на психічне здоров'я конституюють акти, що були прийняті до вступу в силу Лісабонської угоди. Цей факт можна пояснити тим, що забезпечення реалізації та захисту права вразливих груп на охорону здоров'я належить здебільшого до компетенції держав-членів, а змішана компетенція ЄС та держав-членів може існувати лише у разі наявності спільних проблем безпеки у сфері охорони здоров'я в аспектах, визначених в Угоді про функціонування ЄС (ст. 4) (колишня Угода про заснування Європейської Спільноти). [79]

Відповідно до ст. 6 ДФЄС, ЄС має повноваження вживати дії для підтримки, доповнення та координації дій держав-членів у сфері охорони та зміцнення здоров'я людини [1, с. 63].

Джерела вторинного права ЄС, які безпосередньо або опосередковано стосуються права мігрантів на охорону здоров'я, можна об'єднати у декілька великих груп: покликані забезпечувати рівність громадян та негромадян; ті, що стосуються прав легальних мігрантів; покликані захистити мігрантів, які стали жертвами торгівлі людьми або бракують правового статусу; акти законодавства про соціальний захист та мобільність пацієнтів; акти щодо забезпечення прав людини в контексті сексуального та репродуктивного здоров'я. [79]

Зелена книга ЄС «Покращення психічного здоров'я населення. До стратегії щодо психічного здоров'я у ЄС» містить положення щодо звернення особливої уваги на потреби вразливих груп, зокрема мігрантів, під час

розробки та реалізації політик щодо покращення психічного здоров'я [34, с. 77].

На жаль, це положення не знайшло відображення у вторинному законодавстві ЄС як з питань міграції, так і з питань охорони психічного здоров'я.

Аналіз європейських джерел щодо права мігрантів на охорону психічного здоров'я свідчить про брак спеціальних норм, які б пов'язували категорії «міграція» та «право на охорону психічного здоров'я». Отже, правовою базою для забезпечення та захисту права мігрантів на охорону здоров'я, зокрема психічного, є базові акти права ЄС з питань прав людини та міграції. [79]

Також, ЄС щодо захисту прав осіб із обмеженими можливостями вдало відображає еволюцію поглядів на концепцію інвалідності (концепцію «disability») від суто медичної до соціальної та реабілітаційної моделі. Відповідно до дослідження Агентства ЄС з основних прав, Конвенція ООН з прав інвалідів, до якої 2011 року приєднався ЄС, робить останній крок щодо відходу від розгляду інвалідності у зв'язку із певними медичними проблемами та наголосу на повноті та рівності прав осіб з обмеженими можливостями [11; 9-10].

Визначення концепції «disability» є однією із важливих проблем анти дискримінаційного напрямку міжнародного права прав людини. Найбільш повне визначення міститься у Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для інвалідів, прийнятих 1993 року Генеральною асамблеєю ООН. Відповідно до Правил, термін «інвалідність» охоплює значну кількість різних функціональних обмежень, що можуть стосуватися населення будь-якої країни в світі. Правила пов'язують інвалідність із порушеннями фізичного, інтелектуального або сенсорного характеру, медичним станом або психічною хворобою [6].

Принцип недопущення дискримінації закріплений статтею 21 Хартії основних прав ЄС. Стаття 26 Хартії містить положення, відповідно до якого

ЄС поважає право інвалідів користуватися плодами заходів, направлених на забезпечення їхньої самостійності, їхньої соціальної та професійної реабілітації та їхньої участі у житті суспільства [24, с. 37].

Законодавчі акти Союзу не містять визначення інвалідності. Відповідно до визначення, що міститься у рішенні Європейського суду справедливості у справі *Chacon Navas v Eurest Colectividades SA*, інвалідність – це стійке обмеження, яке відображається у формі фізичних, психічних чи психологічних порушень, та створює складнощі для участі особи у професійному житті [10].

В літературі існує декілька важливих застережень щодо даного визначення.

По-перше, визначення було вироблено Судом для цілей подальшого розгляду справ, пов'язаних із дискримінацією за ознакою інвалідності, а, отже, труднощі можуть виникати під час застосування вищевказаного визначення в інших категоріях справ.

По-друге, занепокоєння викликає той факт, що визначення, дане Судом, ґрунтується на медичній моделі інвалідності, що нівелює перехід до соціальної моделі, який є важливою тенденцією розвитку сучасного антидискримінаційного права.

По-третє, як визначення, так і рішення Суду взагалі не містять підстав, які б дозволили відрізнити інвалідність від хронічної хвороби [12; 21].

Тим не менш необхідно зауважити, що розглянуті визначення не є універсальними. Так, в контексті правових систем країн – членів ЄС визначення поняття «інвалідність» міститься або в антидискримінаційному законодавстві (Австрія, Мальта, Португалія, Об'єднане Королівство) або ж «запозичене» з законодавства про соціальне забезпечення (Словенія, Чехія).

Положення Хартії основних прав ЄС деталізуються у значній кількості джерел анти дискримінаційного законодавства Союзу. Аналіз джерел дозволяє нам розділити їх на дві групи: акти, що стосуються дискримінації у сфері праці та акти, які реалізують заборону дискримінації в інших сферах. [79]

Базовим актом у першій категорії є Директива Комісії ЄС 2000/78/ЄС щодо рівності у сфері праці, що, між іншим, вимагає від роботодавців забезпечення людей із обмеженими можливостями необхідними умовами [2].

Друга категорія актів складається зі значної кількості джерел, які містять рамкові положення щодо захисту інвалідів у таких сферах, як доступ до товарів та послуг, освіта, житло, охорона здоров'я та соціальне забезпечення.

Найбільш важливим чинником занепокоєння як в зв'язку з Конвенцією ООН про права інвалідів, так і з відповідними актами права ЄС, є брак визначення інвалідності, яке б створювало базис для уніфікованих підходів до категорій осіб, які потребують захисту, в контексті національних правових систем. Крім того, відповідно до висновків, що містяться в науковій літературі, сучасне законодавство як ЄС, так і країн-членів характеризується значним ступенем впливу медичного чиннику на формування поняття інвалідності, що призводить до того, що, навіть після того, як особа стала жертвою акту дискримінації, вона має довести, що підпадає під критерії, які можуть варіюватися в залежності від країни. [79]

Складнощі практичного характеру можуть виникнути в разі, якщо особа, яка була визнана інвалідом в певній країні, одночасно належить до категорії мігрантів, а, отже, має доводити факт інвалідності також і в країні перебування. Окремої уваги потребує аналіз антидискримінаційного законодавства ЄС за ознакою інвалідності у галузях, відмінних від праці, адже відповідні норми «розпорошені» по значній кількості актів, що не дозволяє отримати загальне уявлення про рамкові положення права ЄС у відповідній галузі. [79]

Рамкові антидискримінаційні акти права ЄС не містять спеціальних положень щодо інвалідності, яка є наслідком недоліків психічного здоров'я. Впровадження відповідних положень є актуальним в контексті, по-перше, тенденції до посилення уваги до проблеми розробки політик в галузі

забезпечення психічного здоров'я, а також – розповсюдженості психічних хвороб серед осіб, які належать до «вразливих» категорій. [79]

Більшість питань, пов'язаних із недопущенням дискримінації осіб, які страждають на вади здоров'я, регулюються національним законодавством, однак на рівні права ЄС можливо встановлення норм-цілей та задач, що будуть сформульовані із увагою до осіб, чия інвалідність пов'язана із вадами психічного здоров'я. [79]

Важливою задачею, крім того, є сприяння розповсюдженню кращих практик правового регулювання особливостей забезпечення недопущення дискримінації осіб, які страждають на вади психічного здоров'я. [79]

Відтак, слід констатувати, що, проголошуючи людину найвищою соціальною цінністю, держава повинна опікуватися життям та здоров'ям людини як найвищою суспільною цінністю. Звичайно, це, насамперед, залежить від соціально-економічного розвитку держави. [79]

Депресивна економіка породжує депресивні стани. Адже, як вказує Е. Фромм, суспільство здорових людей - це суспільство продуктивних та багатих людей [17, с. 326].

З метою реформування соціального захисту осіб з розладами психічного здоров'я в Україні, на наш погляд, варто здійснити наступні кроки:

- 1) визнати забезпечення психічного благополуччя одним з пріоритетних напрямів національної політики в галузі охорони здоров'я;
- 2) здійснювати профілактику порушень психічного здоров'я та суїцидів;
- 3) забезпечити доступну та якісну первинну медичну допомогу, ефективне лікування за місцем постійного проживання;
- 4) створити умови для усунення дискримінації при доступі до медичних, соціальних, освітніх послуг для осіб з розладами психічного здоров'я. [78]

Отже, очевидно, що найбільш актуальними тенденціями розвитку політик в галузі охорони психічного здоров'я на рівні ЄС є нормативно-

правове забезпечення активізації профілактичних заходів, сприяння доступу до послуг в галузі психічного здоров'я якомога більшої кількості осіб із особливою увагою до потреб уразливих груп, розвиток інформаційного та дослідницького напрямків. Щодо антидискримінаційного законодавства, то варто наголосити на необхідності вироблення уніфікованих підходів до категорії «інвалідність» та розгляду можливості переходу до соціальної моделі інвалідності. [79]

РОЗДІЛ II. АНАЛІЗ ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.

2.1. Реалізація державної політики охорони психічного здоров'я

На сучасному етапі розвитку суспільства охорона психічного здоров'я є одним із пріоритетних напрямів. Навіть поняття «здоров'я», про що йшлося вище, ВООЗ визначається як «стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутності хвороби або фізичних дефектів». [80]

Це свідчить про нерозривність фізичного і психічного здоров'я, дозволяє розглядати соціальний, біологічний, психічний та фізичний рівні життя й адаптації людини як надзвичайно складну біопсихосоціосистему [16, с. 82].

В ієрархії загальнолюдських цінностей психічне здоров'я посідає провідне місце, забезпечуючи потенціал нації і конкретної людини. Нині в нашій країні, як і в усьому світі, відбувається процес активного переусвідомлення пріоритетів і цінностей у сфері психічного здоров'я. [80]

Змінюється сутність психіатрії, на перший план виходить необхідність об'єктивної оцінки таких чинників, як особистість пацієнта, його світоглядні позиції і настанови, релігійні погляди, соціокультурні особливості життєвого укладу, рівень соціальної адаптації. [80]

Саме тому на сучасному етапі розвитку суспільства охорона психічного здоров'я є одним із пріоритетних напрямів державної політики України в галузі охорони здоров'я. [80]

У контексті викладеного вище, цілком поділяючи думку Р.В.Богатирьової, що «...психічне здоров'я людини характеризується наявністю в її психіці активних і пасивних патернів, що постійно генерують позитивний психоенергетичний потенціал, який забезпечує усвідомлене позитивне сприйняття навколишнього світу, гармонію з ним і собою...»,

можна стверджувати, що психічне здоров'я окремих громадян і соціальних груп суттєво впливає на стан національної безпеки. Високий рівень психічного здоров'я населення є важливим чинником соціальної єдності, продуктивності праці, суспільного спокою, що сприяє зростанню благополуччя та економічного розвитку суспільства [4, с. 271],

Якість психічної адаптації людини і різних верств населення корелює з соціальними умовами життя, тому особливості психічного функціонування окремої особи і населення загалом не можуть розглядатись у відриві від соціально-економічної ситуації, що склалася в країні. [80]

Сучасний етап розвитку України, як і світу в цілому, характеризується надзвичайно високим рівнем зростання кількості не психотичних розладів, у тому числі депресій, неврозів. Спадковість є важливим чинником виникнення розладів психіки. [80]

Комплексний аналіз літературних джерел за темою дослідження дає підстави стверджувати, що психічне здоров'я є загальною для всіх країн світу проблемою, тому що більш ніж у 25% населення земної кулі у певний момент життя розвивається один або кілька психічних розладів. За оцінками ВООЗ, на планеті налічується близько 450 млн осіб із розладами психіки та поведінки. Близько половини всіх психічних розладів починається у 14 років [24, с. 272].

Постаріння населення зумовлює значне поширення психічних захворювань. На самому початку XXI ст. кількість психічно хворих в Україні становила 1,2 млн осіб. Крім того, зареєстровано близько 700 тис. пацієнтів з алкогольною та близько 70 тис. осіб з наркотичною залежністю. [80]

З 2011 р. показник рівня психіатричної захворюваності в Україні поступово знижувався з 252,9 на 100 тис. населення до 230,9 у 2013 р. із щорічним від'ємним темпом росту в 2,8%. У 2014 та 2015 рр. спостерігалось зростання показника зареєстрованої захворюваності до 242,3 і 249,2 на 100 тис. населення відповідно, а в 2018 рр. цей показник знову знизився до 232,4 та 234,6 відповідно. [80]

У цілому динаміка показників захворювань на розлади психіки збігається за своїми найвищими відмітками з несприятливими політичними та економічними процесами, що відбувалися в Україні і залишили свій відбиток на стані психічного здоров'я населення. [80]

Разом з тим аналіз статистичних даних показує, що при скороченні загальної кількості захворювань на психічні розлади кількість осіб з таким діагнозом зростає, що свідчить про погіршення стану психічного здоров'я населення. Поширеність цього захворювання досягла 2,6% усього населення України, допомоги лікаря-психіатра потребує 1,17 млн осіб [4, с. 273].

За 10-річний період показник поширеності розладів психіки та поведінки поступово збільшився на 4,2% (з 2449,2 на 100 тис. населення у 2011 р. до 2552,8 – у 2018 р.) [4, с. 274].

Рис. 2.1. Захворюваність на розлади психіки та поведінки в Україні в 2011–2018 рр.



І хоча, як стверджує Р.В.Богатирьова, поширеність психічних розладів в Україні в 10 разів менша від країн Західної Європи, це не означає, що наші громадяни менше хворіють на розлади психіки.

Проблема полягає в тому, що переважна частина населення не вважає психічні розлади таким станом, який потребує медичного втручання, і намагається справлятися з ними самотужки. Існує хибна думка, що медична допомога лікаря необхідна лише в стані різкого загострення психічного розладу [4, с. 275].

Найвні дані про стан психічного здоров'я населення України свідчать про необхідність посилення уваги до організації та ефективної діяльності не тільки цієї служби, а й спрямування всіх суспільних інститутів на подолання хвороб, які пов'язані із втратою душевної рівноваги, психічними розладами та депресивними станами як окремої особи, так і населення в цілому. [80]

У структурі зареєстрованої захворюваності переважають психічні розлади не психотичного характеру, які складають 74,3% (або 17,4 на 100 тис. населення) від загальної кількості зареєстрованих розладів психіки та поведінки, розлади психотичного характеру – 17,5% (40,9), розумова відсталість – 8,2% (19,2) (рис. 2.5) [4, с. 275].

Рис. 2.2. Структура захворюваності



Психічні розлади завдають суттєвих економічних збитків суспільству, які зумовлені непрацездатністю та соціальною дезадаптацією хворих та їхніх родичів, суїцидальною та соціально небезпечною поведінкою цього контингенту осіб, суттєвим погіршенням якості життя самих громадян із розладами психіки та їхніх близьких.

Як стверджує експериментатор охорони здоров'я України Р.В.Богатирьова, основними напрямками покращення ситуації у сфері психічного здоров'я є [4, с. 290–291]:

- необхідність розробки державної стратегії в галузі психічного здоров'я, яка визначає проблеми профілактики психіатричних та поведінкових розладів пріоритетами держави та забезпечує участь усього суспільства та міжвідомчу взаємодію у вирішенні цієї складної проблеми;
- проведення структурної реформи галузі, спрямованої на відтворення мережі стаціонарних форм допомоги при поступовому зменшенні потенціалу стаціонарної допомоги (така модель має назву «збалансованої» соціально орієнтованої допомоги та рекомендується для впровадження Всесвітньою психіатричною асоціацією). [80]

2.2. Програма системи охорони психічного здоров'я в Україні

Реформа у сфері охорони здоров'я. Було зніційовано та впроваджено деякі зміни у сфері охорони здоров'я з часів здобуття країною незалежності.

Три етапи реформ мали реалізовуватися протягом 4-річного періоду (2010-2014 рр.) та почалися зі змін у фінансуванні сфери охорони здоров'я з метою зменшення фрагментарності та пріоритизації первинної медичної допомоги [70].

В 2016 році уряд прийняв пакет реформ у сфері охорони здоров'я, до якого входять:

- трансформація фінансування сфери охорони здоров'я, в тому числі створення національної установи зі здійснення

закупівельної діяльності, Національної служби здоров'я України (НСЗУ);

- модернізація системи первинної медичної допомоги;
- покращення доступу до фармацевтичних засобів;
- вирішення проблеми з неінфекційними захворюваннями;
- створення інтегрованого Національного інституту громадського здоров'я для контролю за захворюваннями та їх профілактики [63, с. 20].

Пакет реформ було погоджено в жовтні 2016 року, та нинішнє керівництво Міністерства охорони здоров'я активно працює над реалізацією заходів, необхідних для впровадження реформ . Україні нині також потрібно виконати ряд зобов'язань в сфері громадського здоров'я в межах Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом. [74]

В лютому 2017 року Міністерство охорони здоров'я опублікувало трирічний план реформування сфери охорони здоров'я, який зробить систему охорони здоров'я України більш відповідною до європейських практик, передаючи більшість обов'язків з піклування про пацієнтів з лікування в лікарнях до системи первинної медичної допомоги та профілактики, підвищуючи раціональність витрат у сфері охорони здоров'я, заохочуючи використання кращих практик серед лікарів та в лікарнях та забезпечуючи доступ громадян до пакету безкоштовних послуг з первинної медичної допомоги [63, с. 25-26].

Конкретні плани реформ, починаючи з 2017 року, є наступними:

- Створення механізмів організації надання первинної медичної допомоги відповідно до принципу “гроші слідують за пацієнтом” та відходження від нинішніх неефективних механізмів фінансування, що базуються на кількості лікарняних ліжок.

- Всі державні послуги з охорони громадського здоров'я будуть надаватися однією установою, Центром громадського здоров'я (Наказ №604 від 18.09.2015 Про утворення державної установи «Центр громадського

здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»), який укладе контракти з надання послуг з охорони здоров'я з лікарнями щодо послуг з охорони здоров'я, що фінансуються з державного бюджету. [74]

- Відповідно до реформи про децентралізацію, яку намагається впровадити нинішній уряд, області та лікарні матимуть більше контролю на місцях над системою охорони здоров'я, яка надає послуги в їх громаді.

- Пріоритетним завданням буде попередження захворювань, що відображено в реформі системи первинної медичної допомоги, фінансування цієї системи в цілому та створення Центру громадського здоров'я [4, с. 31-32].

Лідерство та реформа у сфері охорони психічного здоров'я. В Міністерстві охорони здоров'я немає окремого департаменту охорони психічного здоров'я, але зараз розглядається можливість створення Національного центру психічного здоров'я.

Існує кілька спеціалістів, які відповідають за аспекти, пов'язані з психічним здоров'ям, в Міністерстві охорони здоров'я, в тому числі:

- два радники виконуючого обов'язки міністра охорони здоров'я з питань психічного здоров'я;

- консультант з питань психічного здоров'я в Міністерстві охорони здоров'я, який є професором та очолює процес розробки Концепції психічного здоров'я 2017 року, а також консультує з питань, пов'язаних з психотерапією, психологічною реабілітацією, реабілітацією ветеранів АТО;

- директор Українського дослідницького інституту соціальної та судової психіатрії і наркології в Міністерстві охорони здоров'я, який очолює ключові ініціативи в психіатрії;

- помічник директора Українського дослідницького інституту соціальної та судової психіатрії і наркології в Міністерстві охорони здоров'я, який очолює напрям роботи, пов'язаний з судовою психіатрією та проблемами дітей із аутизмом [56, с. 290–293].

Реформа сфери охорони психічного здоров'я включена в загальну реформу системи охорони здоров'я в Україні.

До планів щодо покращення охорони психічного здоров'я належать наступні: інтеграція охорони психічного здоров'я в первинну медичну допомогу, надання послуг мультидисциплінарними командами та надання послуг на рівні громади з метою підтримки осіб з проблемами з психічним здоров'ям, щоб вони змогли жити в громаді. [74]

Протягом останніх років було вжито заходів для розробки національної політики з охорони психічного здоров'я та концепції, які викладено нижче:

- Політика щодо зловживання психоактивними речовинами, сформульована в 1997 році

- Політика з охорони психічного здоров'я, сформульована в 1988 році. Компонентами були попередження, лікування та реабілітація.

- Концепція Державної цільової комплексної Програми розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на 2006-2010 роки, в якій викладено питання та проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям, в тому числі економічний тягар психічних розладів, причини неефективності психіатричної допомоги та потреба у вирішенні як медичних, так і соціальних проблем суспільства. [74]

Концепція описує шляхи вирішення проблем, в тому числі захист осіб з проблемами:

- 1) з психічним здоров'ям від стигматизації;
- 2) розробка та реалізація протоколів та стандартів;
- 3) ефективна комунікація між первинною та вторинною медичною допомогою;

- 4) розробка регулятивних документів та навчання з надання послуг з охорони психічного здоров'я для медичного персоналу [44].

- План розвитку послуг з охорони психічного здоров'я до 2020 року покриває ряд заходів для подолання тенденції щодо госпіталізації осіб з психічними розладами, в тому числі створення інтегрованої системи психіатричних установ, спеціалізовані послуги та послуги з первинної медичної допомоги. [74]

- Реформа щодо надання послуг з охорони психічного здоров'я дітей та підлітків, як частина загальних реформ з охорони психічного здоров'я в Україні, сформульована в 2013 році Міністерством охорони здоров'я, Асоціацією психіатрів і групами користувачів послуг з охорони психічного здоров'я та схвалена ЮНІСЕФ. [74]

В концепції описані різноманітні необхідні зміни, в тому числі: ближчий доступ психіатричних послуг до місця проживання молодих людей; розподіл психіатричних послуг для дорослих та дітей, доступ до науково-доказових медикаментів для дітей із психіатричними захворюваннями та надання послуг в амбулаторних установах чи існуючих багатопрофільних дитячих лікарнях [71].

- Концепція Державної програми охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2020 року подає аналіз походження проблем, пов'язаних з неефективністю психіатричної допомоги, та способів вирішення проблем, в тому числі стандарти діагностики та лікування, створення національної бази даних, реформу системи освіти, покращення досліджень; розвиток партнерських стосунків; залучення пацієнтів та родичів, підтримку ролі первинної медичної допомоги для вирішення проблеми зі стигматизацією психічного здоров'я та використання профілактичних заходів, раннього виявлення, своєчасного перенаправлення до психіатра та надання супервізії під керівництвом психіатра, перехід до надання спеціалізованих послуг з охорони психічного здоров'я на рівні громади та медичної і соціальної підтримки мультидисциплінарними командами, до яких входять психіатр, психіатрична медична сестра, психолог чи терапевт, соціальний працівник. [74]

- Концепція Національної програми охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2025 року визначає проблеми та труднощі, аналізує причини цих проблем та описує мету програми для створення цілісної, ефективної системи охорони психічного здоров'я, яка функціонує в

уніфікованому міжвідомчому просторі та гарантує захист прав людини та свобод. [74]

Концепцію Державної цільової програми охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року (2017) було розроблено під керівництвом Міністерства охорони здоров'я. Це третя Концепція у сфері охорони здоров'я, але це перша концепція, яку було схвалено Кабінетом міністрів [71].

Цю Концепцію було розроблено в кілька етапів, в тому числі шляхом організації національних консультацій в квітні 2017 року, після чого проводилися громадські обговорення та аналіз концепції, що дозволило експертам з усіх регіонів України та представникам державних медичних установ, НУО та МНУО прокоментувати документ. [74]

Концепція враховує кілька аспектів, в тому числі проблеми, які існують на даний момент, та шляхи їх вирішення, серед яких: підвищення рівня обізнаності про психічне здоров'я та психічні захворювання, зменшення рівня дискримінації та кількості порушень прав людини осіб з проблемами з психічним здоров'ям, просування психічного здоров'я та попередження (в тому числі попередження суїциду), регуляція професійної діяльності (наприклад, психологів, психотерапевтів) відповідно до міжнародних стандартів, підтримка професійної компетентності з охорони психічного здоров'я серед фахівців та загальних лікарів, приведення навчальних стандартів з охорони психічного здоров'я у відповідність до міжнародних протоколів, покращення доступності послуг з охорони психічного здоров'я шляхом децентралізації, амбулаторні послуги, кризові послуги, надання послуг з охорони психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги, створення мультидисциплінарних команд та шляхів перенаправлення, адаптація підходів до потреб певних груп (наприклад, ТПО, ветерани АТО, матері та діти, люди похилого віку) та покращення ефективності фінансування сфери охорони психічного здоров'я [62, с. 23].

В цілому, багато різноманітних заходів було вжито протягом останніх років з метою покращення психічного здоров'я в Україні, до поширених

тенденцій належать децентралізація та потреба в послугах на рівні громади. Хоча ключові зацікавлені сторони наголошують на тому, що навряд чи сфера охорони психічного здоров'я отримає додаткове фінансування та ресурси, все ж є надія, що реформування системи, перерозподіл ресурсів та більш ефективні механізми фінансування призведуть до сталих змін в системі та послугах з охорони психічного здоров'я. [74]

Багато зацікавлених сторін також відчувають гостру потребу зі сторони керівництва Міністерства охорони здоров'я та донорів у впровадженні реформ у сфері охорони психічного здоров'я. Нижче представлена карта основних, на нашу думку, стейкхолдерів:

Стейкхолдер	Зацікавленість	Вплив на реформу	Вплив реформи
МОЗ України	Імплементация політики	5	5
ДОЗ ОДА у регіонах	Збереження контролю на місцях	5	5
НУО, БФ	Моніторинг, аналітика, feedback	4	1
Державні професійні організації	Забезпечення прав працівників	2	5
Заклади охорони здоров'я	Конкуренція, фінансування	2	5
Страхові/фарм. компанії	Вихід на новий ринок/ реалізація продукції	3	5
Адміністрація ЗОЗ	Збереження контролю над ЗОЗ	3	5
Фахівці	Умови праці, правовий захист, оплата праці.	2	5

Населення	Якість, доступність ох.здоров'я	2	4
Обслуговуючий персонал ЗОЗ	Збереження робочих місць, оплата праці, умови праці.	2	4
Органи місцевого самоврядування	Імплементация політики, рейтинги	3	1
Міжнародні партнери та донори	Наближення рівня охорони здоров'я в Україні до європейських стандартів	3	1
Медіа	Просування інтересів зацікавлених сторін	4	1

Як і у випадку загальної системи охорони здоров'я, сучасна українська система охорони психічного здоров'я великою мірою успадкувала організаційну структуру, стратегії та практики радянської системи. [74]

На даний момент система охорони психічного здоров'я в Україні є централізованою та складається з психіатричних та наркологічних лікарень, амбулаторних клінік, психіатричних відділень у лікарнях, психіатричних установ, що підпорядковуються іншим урядовим міністерствам, поліклінік, в яких можуть бути в штаті психіатри чи навіть психологи, та невеликої кількості приватних медичних установ. [74]

Послуги з охорони психічного здоров'я на рівні громади, в тому числі послуги з охорони психічного здоров'я, що надаються на первинному рівні медичної допомоги кваліфікованими терапевтами під супервізією, нині є обмеженими чи відсутніми в системі охорони психічного здоров'я. [74]

В Україні функціонує централізована система охорони психічного здоров'я, в якій послуги надаються переважно спеціалізованими психіатричними та наркологічними установами. [74]

Психосоціальна підтримка на рівні громади, кризова психологічна підтримка, самопомога та просування психічного здоров'я також є недостатньо розвинутими. [74]

Система охорони психічного здоров'я в Україні переважно націлена на надання стаціонарного психіатричного лікування, і 90% фінансування виділяється на стаціонарні психіатричні послуги в лікарнях. [74]

У запропонованому нижче SWOT аналізі в рамках стратегії реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні проаналізовані основні слабкі та сильні сторони реформи, нові можливості та давні загрози, щодо впровадження змін. На нашу думку, окрім нижче висвітлених, особливостей процесів реформування в Україні, у контексті психічного здоров'я, варто окремо підкреслити проблему стигматизації психіатрії та людей з психічними розладами як наслідок недостатньої медійної політики стосовно цієї галузі медицини.

S	W
<ol style="list-style-type: none"> 1. відсутність “альтернативи” реформуванню 2. “політична воля” МОЗ, Президента 3. зацікавленість “бізнесу” у створенні “медичного” ринку 4. підтримка американських та європейських “партнерів” 5. наявність значної матеріально-технічної бази 6. наявність широкої мережі навчальних закладів по підготовці фахівців галузі 	<ol style="list-style-type: none"> 1. орієнтованість населення на “безкоштовну” медицину 2. застарілість матеріально-технічної бази 3. відсутність “робочої” системи “контроль - звітність” у галузі. 4. невідповідність стандартів медичної допомоги в Україні стандартам ЄС 5. низька платоспроможність населення 6. незадовільний стан дорожньої інфраструктури країни

О	Т
<ol style="list-style-type: none"> 1. створення “медичного ринку” послуг 2. стандартизація та уніфікація медичної допомоги 3. створення конкурентного середовища серед фахівців 4. “незалежність” ЗОЗ у веденні господарсько-управлінської діяльності 5. підвищення та диференціація фінансової винагороди фахівцям 	<ol style="list-style-type: none"> 1. спротив “фармацевтичного лоббі” у ВР 2. спротив адміністративно-керівного складу ЗОЗ на місцях 3. налагоджена і ефективна система “тіньової економіки” лікарів-практиків 4. відтік кадрового потенціалу в країни ЕС (особливо сестринського) 5. несприятлива економічна, екологічна ситуація. 6. Значне поширення “соціальних” та епідемічних захворювань

В Україні функціонує 89 психіатричних та наркологічних лікарень (станом на 2015 рік), [33] які нараховують 44 224 лікарняних ліжка (98 ліжок на 100 000 населення) [67].

Ця цифра приблизно на одному ж рівні з показниками в Російській Федерації (109 ліжок на 100 000), Литві (106), але є набагато вищою, ніж в країнах, які вже мають децентралізовану систему охорони здоров'я, наприклад, в Польщі (39) та Грузії (28) [69, с. 8-10].

В 2008 році Україна почала акцентувати увагу на інтеграції психіатричного лікування в амбулаторній системі лікування та зменшила кількість лікарняних ліжок (наприклад, Львівська клінічна психіатрична лікарня зменшила кількість лікарняних ліжок на 250 одиниць з 2008 року). [74]

В період з 2013 року по 2015 рік кількість лікарняних ліжок в психіатричних відділеннях для дорослих суттєво зменшилася, хоча зміни були неоднорідними по областях, в Львівській області лишилася найвища кількість лікарняних ліжок по відношенню до чисельності населення. Зайнятість лікарняних ліжок є високою (напр., 96% у Львівській області) [59].

Розлад, спричинений вживанням алкоголю, є найбільш поширеним розладом серед чоловіків, тоді як депресія та тривожність є більш поширеними серед жінок. В порівнянні з іншими країнами, в Україні зареєстровано особливо високий рівень депресії. Також прослідковується тісний взаємозв'язок між погіршенням психічного здоров'я в Україні та бідністю, безробіттям і відсутністю відчуття безпеки, що підсилюється впливом конфлікту. ТПО, люди похилого віку та ті, які проживають на Сході, є особливо вразливими групами населення. [74]

Дослідження та наші дані свідчать, що неінфекційні захворювання та розлад, спричинений вживанням алкоголю, мають широкий спектр впливів та наслідків, в тому числі слабке здоров'я, надмірна кількість смертей, порушення функціонування та, як наслідок, фінансові, соціальні і сімейні проблеми, а також стигматизація та дискримінація. Потрібно запровадити реформи в системі охорони здоров'я України та реформи, які стосуються послуг з охорони психічного здоров'я [4, с. 18-19].

Ми розуміємо що все впирається фінанси, Україна виділяє близько 2,5% всього бюджету з охорони здоров'я на охорону психічного здоров'я. Ця сума дещо вища, ніж в інших країнах з рівнем доходу вище середнього, які зазвичай витрачають близько 2 доларів США на душу населення на психічне здоров'я, і все ж ця сума нижча, ніж та, яку в середньому виділяють країни з високим рівнем доходу – 58 доларів США [73].

Така стаття бюджету не відповідає державному тягару у сфері охорони здоров'я та економіці, спричиненому такими розладами. Більш того, 89% бюджету, виділеного на охорону психічного здоров'я в Україні, припадає на стаціонарне лікування в психіатричних установах, що є вищим показником,

ніж в інших країнах, та лишає небагато коштів на фінансування доступних послуг на рівні громади. [74]

Згідно законодавства частина фінансування сфери охорони здоров'я йде з доходів центрального уряду, отриманих шляхом збору податків.

Із загальних видатків на охорону здоров'я в Україні 54,9% йшли з наперед оплачених урядових джерел в 2012 році, що є низьким показником в порівнянні з міжнародною ситуацією, а серед приватних витрат на послуги з охорони здоров'я (45,1% загальних видатків на охорону здоров'я) домінували неофіційні витрати, це критично мало та не покриває усіх статей видатків [67].

Таким чином, здоров'я та психічне здоров'я тісно взаємопов'язані. Більше 90% смертей в Україні спричинені неінфекційними захворюваннями, тоді як зловживання алкоголем виступає в якості основного фактору ризику. Згідно з дослідженнями, близько 30% людей в Україні страждають на психічний розлад впродовж життя [67].

Як нами вже було зазначено, лише 2,5% загального бюджету, виділеного на охорону здоров'я, припадає на психічне здоров'я, і більша частина (89%) фінансування спрямована на стаціонарне лікування у сфері охорони психічного здоров'я. Через недостатнє державне фінансування системи охорони здоров'я населення змушене платити за медикаменти, необхідні під час амбулаторного та стаціонарного лікування (які часто є дорогими), а також давати неофіційну фінансову винагороду медичному персоналу. [74]

Система охорони психічного здоров'я є централізованою, і більшість персоналу та послуг надаються в психіатричних та наркологічних лікарнях і стаціонарних відділеннях. Доступні інтервенції, що використовуються спеціалізованими надавачами послуг з охорони психічного здоров'я та в державних установах, часто не є науково-доказовими. [74]

Деякі приватні лікарі та приватні реабілітаційні центри пропонують такі інтервенції, але часом такі інтервенції, які можуть бути неефективними чи шкідливими. Хоча й існують протоколи, надавачі первинної медичної

допомоги часто не хочуть лікувати неінфекційні захворювання чи розлади, спричинені вживанням алкоголю, через брак навичок та обмежений час. [74]

Неформальні надавачі послуг на рівні громади, такі як священики, можуть виступати в ролі важливого джерела підтримки психічного здоров'я.

Таким чином, можемо зробити висновки, що сучасна українська система охорони психічного здоров'я успадкувала організаційну структуру, а також стратегії та практики радянської системи, яка не зазнала істотних структурних змін після набуття Україною незалежності. Домінування пострадянських принципів управління галуззю обмежує запровадження в Україні ефективних моделей фінансування та адміністрування послуг у сфері охорони психічного здоров'я. Ухвалення Загальнодержавної програми покликане докорінно змінити ситуацію. [74]

Особи з проблемами психічного здоров'я переважно отримують лікування в психіатричних стаціонарах, можливості амбулаторної допомоги використовуються не в повній мірі. Відсутність національних стандартів охорони психічного здоров'я унеможлиблює проведення оцінки ефективності за заздалегідь розробленими критеріями такої ефективності. [80]

Основні положення по стратегії реформування психіатричної служби в Україні:

Завдання	Результат	Індикатори	Виконавець	Час
Зміни до Конституції України та Основ законодавства	Скасування «безкоштовності» медичної допомоги, право на проведення психіатричних оглядів	поправки, к-ть правових актів.	ВРУ, КМУ, МОЗ	2018

	сімейними лікарями			
Внести зміни до бюджетного кодексу	Збільшення витрат до 5% від загальних витрат на ох. здоров'я	К-ть правових актів	ВРУ, КМУ, Мін. економ.	2019
Розмежувати рівні мед. допомоги	Маршрут пацієнта	Скерування лікарями	МОЗ, ДОЗ	2019
Інститут сімейного лікаря	Наближення мед. послуги	К-ть декларацій	МОЗ, ДОЗ	2021
Університетські клініки, високоспеціалізовані центри	Інноваційна, технологічна мед. допомога	впровадження нових методик в практику	МОЗ, Мін. освіти	2022
систему надання екстреної медичної допомоги	Оптимізація видатків, догоспітальна летальність	Бюджет, догоспітальна летальність	МОЗ, ДОЗ	2020
Розвиток недержавних ЗОЗ	Створення конкурентного середовища	договори з НСЗУ	МОЗ	2021
Медичні стандарти та клінічні протоколи	Стандартизація надання мед. допомоги	Звітність ЗОЗ	МОЗ, АМНУ, ДОЗ, ЗОЗ	2021
індикатори якості роботи ЗОЗ	Оцінка ефективності,	Звітність ЗОЗ, ДОЗ	МОЗ, ДОЗ	2019

конкурентності

ЗОЗ

Ліцензування медичної практики	Стандартизація проф. підготовки фахівців	ліцензійний іспит	МОЗ, ДОЗ	2022
Мотивація медичного персоналу	Диференціація оплати праці, умов праці	«текучість кадрів»	ЗОЗ	2020

2.3. Дослідження стану охорони психічного здоров'я в Україні. Моніторингові візити до закладів психіатричної допомоги.

У 2015 році представниками Української Гельсінської спілки по правам людини у співпраці з міжнародною організацією USAID було проведено ряд моніторингових візитів до психіатричних закладів України (зокрема Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О.Ф. Мальцева) з метою проаналізувати стан дотримання прав людини у психіатричній лікарні шляхом обстеження соціально-побутових умов перебування пацієнтів, вивчення документів, що є підставами для лікування та свідченнями перебігу лікування та проведення опитування пацієнтів та персоналу лікарні. Завданнями цього візиту були: [72]

- описати дотримання належних умов проживання, харчування та дотримання приватності пацієнтів;
- з'ясувати умови отримання медичної допомоги, в тому числі не психіатричного характеру;
- проаналізувати умови участі пацієнтів у прийнятті рішення щодо госпіталізації до закладу госпіталізації та лікування.
- дослідити чи убезпечені пацієнти від катувань, жорстокого, нелюдського чи такого, що принижує гідність людини поводження чи покарання.

- окреслити напрями реабілітації пацієнтів, їх участь у громадському житті. [72]

За результатами проведеного моніторингу представниками спілки був наданий звіт в котрому детально висвітлені усі проблемні аспекти надання психіатричної допомоги та зроблені наступні висновки:

1. Умови перебування у психіатричній лікарні є викликом для поваги до приватності пацієнтів. Так, у палатах багатьох відділень відсутній простір для зберігання особистих речей. Здійснення гігієнічних процедур не забезпечує приватність пацієнтів. А користування туалетом та душовою кімнатою є обмеженим.
2. Умови харчування у лікарняному закладі теж є незадовільними. Крім недостатньої кількості харчування, наявні обмеження у доступі до власних продуктів та страв.
3. У закладі відсутня можливість для усамітнення. Спілкування наодинці із відвідувачами, за окремими винятками, є неможливим.
4. У наданні психіатричної допомоги домінує медикаментозна складова. При чому, переважна більшість пацієнтів купує основні лікарські засоби за власний рахунок. Заклад практично не здійснює напрямів пов'язаних із реабілітацією.
5. Пацієнти не володіють інформацією про стан психічного здоров'я та термін лікування. Більшість пацієнтів задовольняються лише коротким інформуванням лікаря.
6. Для більшості із них заборонено розпоряджатись власними коштами.
7. Застосування методів м'якої фіксації не можна вважати адекватними. Залучення до реалізації цих засобів лише молодшого медичного персоналу ставить під сумнів їх ефективність.
8. Турбує й використання праці пацієнтів на користь лікувального закладу.
9. У лікарні відсутні органи пацієнтського самоврядування. Попередньо діюча громадська рада при закладі припинила своє існування. [72]

Також за наслідками проведеного моніторингового візиту представниками Української Гельсінської спілки був сформований ряд рекомендацій:

1. Провести практичну роботу з черговими лікарями та завідуючими відділень на предмет дотримання прав пацієнтів під час госпіталізації, у випадку, коли пацієнт не може дати свою усвідомлену згоду на госпіталізацію. [72]
2. Виділити окреме приміщення в лікарні, де можуть відбуватись судові процеси у випадках передбачених ст.14 Закону України «Про психіатричну допомогу», а не возити пацієнтів до суду в місто не принижуючи тим самим гідність самих пацієнтів. [72]
3. Звернутись з листом до голови Міського суду м. Полтава щодо забезпечення суддів для проведення судових процесів на предмет примусової госпіталізації в приміщенні Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О. Ф. Мальцева, а не в будинку суду першої інстанції. [72]
4. Звернутись до Прокуратури м. Полтава щодо забезпечення присутності прокурора під час судового процесу з питання примусової госпіталізації пацієнта в приміщенні Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О.Ф. Мальцева. [72]
5. Звернутись до Органу опіки та піклування Виконавчого комітету Полтавської міської ради щодо присутності представника органу опіки та піклування під час судового процесу стосовно примусової госпіталізації пацієнта у випадках, коли у пацієнта немає законного представника, а він не розуміє значення своїх дій. [72]
6. Знайти можливість привести будівлі лікарні та відділення у відповідність із державними будівельними нормами щодо доступу маломобільних груп населення. [72]
7. Роз'яснити медичному персоналу Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О.Ф. Мальцева, що ввірений їм лікарняний заклад є лікарнею відкритого типу. [72]

8. Меблі та інші предмети для зберігання особистих речей (тумбочки, стільці) слід привезти у відповідність із кількістю ліжко-місць. Кожне відділення слід оснастити засобами малої механізації (каталками, кріслами-каталками, візками для транспортування ліків, білизни, їжі, відходів тощо) в необхідній кількості, яка має залежати від ліжкової місткості відділення. [72]
9. Забезпечити необмежений доступ пацієнтів до туалетних та ванних кімнат, знявши усі замки. [72]
10. Роз'яснити працівникам кухні у відділенні та молодшому, середньому персоналу необхідність вільного доступу пацієнтів до холодильника, в якому знаходиться їх страви чи продукти харчування. Найліпшим варіантом для того було б, щоб холодильник знаходився в самому відділенні. [72]
11. Провести роботу з лікарями приймального відділення, завідуючими відділень стосовно запровадження в історії хвороби листа призначення харчування пацієнту під час його стаціонарного лікування: порційної вимоги на харчування пацієнта, який знаходиться на стаціонарному лікуванні. Під час госпіталізації пацієнта до психіатричного закладу охорони здоров'я, його обов'язково необхідно зважувати, визначати зріст, а черговий лікар повинен призначати харчування. Дані заносяться до листа призначення харчування в карті стаціонарного хворого. Під час роз'яснення керуватись Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.10.2013 року № 931 «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні». [72]
12. Роз'яснити всьому медичному персоналу лікарні, що відповідно до 49 статті Конституції України у Полтавській обласній клінічній психіатричній лікарні імені О. Ф. Мальцева надається безоплатна психіатрична допомога, а не за кошти самих пацієнтів. [72]

13. Відповідно до Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» застосовувати у відділеннях лікарні елементи реабілітаційних заходів відносно стаціонарних пацієнтів. [72]
14. Розробити індивідуальні реабілітаційні програми для кожного стаціонарного хворого. [72]
15. Започаткувати навчання пацієнтів навичкам життєдіяльності, застосовуючи програми соціального супроводу. [72]
16. Провести інструктаж з молодшим, середнім медичним персоналом та лікарями стосовно випадків елементів катувань пацієнтів, які завуальовано під м'яку фіксацію. Роз'яснити вищезазначеним особам, що в Україні на сьогоднішній день відсутній будь-який нормативно-правовий документ, яким затверджено правила здійснення фіксації. [72]
17. Припинити практику використання наглядової палати та м'якої фіксації у якості покарання пацієнтів. [72]
18. Припинити практику використання праці пацієнтів на користь лікарняного закладу. Працетерапія повинна відповідати індивідуальному плану відновлення пацієнта. [72]
19. Започаткувати тренінгові навчання з основ прав пацієнтів психіатричних закладів України відповідно до національного законодавства та міжнародних стандартів прав людини. [72]
20. Надати можливість пацієнтам за їх бажанням зустрічатись із юристом, правозахисником, якого пацієнт може самостійно обрати. Передбачити, що такі зустрічі повинні відбуватись без участі персоналу. [72]
21. Запровадити пацієнтське самоврядування в відділеннях лікарні, оновивши громадську раду із залученням неурядових організацій, родичів та близьких пацієнтів та створивши ради пацієнтів при відділеннях. [72]
22. Налагодити співпрацю з організаціями громадянського суспільства, які працюють в галузі захисту прав людини з метою дотримання прав

пацієнтів, отримання ними медичної, в тому числі психіатричної допомоги належної якості. [72]

23. Створити Інтернет-сторінку, на якій висвітлити інформацію, яка має суспільне значення, в тому числі і статут Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О.Ф. Мальцева та акредитаційний сертифікат Міністерства охорони здоров'я України. [72]

24. Щорічно запрошувати фахівців з громадських організацій для проведення громадського аудиту стосовно дотримання прав пацієнтів в лікувальному закладі. [72]

25. Поліпшити культурно-просвітницьку діяльність у відділеннях лікарні із залученням пацієнтів. Організувати концертні програми, творчі вечори, дискотеки та інше. Розширити та оновити бібліотеки в відділеннях. Влаштувати для пацієнтів відзначення днів народження у вигляді вітання, свят, тематичних вечорів з декламування віршів, інших видів самодіяльності. [72]

26. Налагодити постійну роботу з релігійними конфесіями міста для сприяння здійсненню релігійних обрядів пацієнтами. Винайти приміщення в кожному відділенні або в одному з місць в самій лікарні для можливості усамітнення пацієнтів. [72]

У період 2015 – 2018 років представниками Української Гельсінської спілки та представниками уповноваженого ВРУ з прав людини було проведено більше 12 подібних візитів у більшості областей України. Результати моніторингових візитів, в цілому, подібні до наведених вище у нашій роботі.

Ключовий характер для розуміння фінансово-економічної складової системи надання психіатричної допомоги в Україні мають результати аналізу витрат у стаціонарах КЗ ЛОР «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» за 2017 рік. Аналіз проводився в рамках спільного проекту Міністерства охорони здоров'я України, Департаменту охорони здоров'я

ЛОДА, та проекту «фінансування та управління охороною здоров'я», що фінансується USAID та виконується Abt. Associates inc. [81]

Основна мета спільного проекту - розробка та апробація стандартної методики обліку та аналізу витрат у медичних закладах України, а також пілотування окремих елементів реформи системи фінансування охорони здоров'я, передбачених Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я та Методикою розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування. В окремих видах аналізу виконано порівняння результатів аналізу витрат за підсумками 2016 та 2017 років. Основним завданням аналізу витрат є розрахунок вартості (включаючи її структуру) ліжко-дня і вартості випадку лікування пацієнтів у розрізі профільних клінічних відділень стаціонару, які виписують пацієнтів. Ці дані в поєднанні з результатами аналізу даних щодо вибулих зі стаціонару пацієнтів (форма № 066/о) дозволили здійснити економічні розрахунки для подальшого застосування в широкому спектрі завдань економіки та фінансування охорони здоров'я. [81]

Результати аналізу витрат наведені в цьому звіті, передбачають подальше застосування для вирішення багатьох питань у сфері економіки та фінансування охорони здоров'я, таких як формування тарифної політики, підвищення ефективності роботи медичних закладів. Розрахунок вартості програми державних гарантій тощо. [81]

Крім того, наведені результати мають велике значення і для керівників стаціонарів. Використовуючи інформацію про структуру витрат, і особливо – порівняльні показники вартості випадку в зіставленні з іншими стаціонарами відповідного клінічного рівня, керівники медичних закладів можуть визначити пріоритети у проведенні внутрішніх перетворень і наявні резерви для забезпечення фінансової стійкості. Ці аспекти є вкрай важливими з огляду на майбутні реформи в системі фінансування охорони здоров'я в Україні і дадуть змогу краще підготуватися до роботи в нових економічних реаліях. [81]

За результатами аналізу підготовлено попередні пропозиції щодо усунення точок болю системи охорони психічного здоров'я:

1. Напрями реформування психіатричних клінік:

- деінституалізація.

- децентралізація.

- вдосконалення форм звітності та контролю (електронний документообіг).

2. Напрями розвитку системи захисту прав пацієнтів:

- перенесення фокусу з надання стаціонарних видів психіатричної допомоги на амбулаторне лікування та ресоціалізаційні процеси в громадах.

- «прозорість» стаціонарних психіатричних клінік, моніторинг діяльності клінік вітчизняними та міжнародними НУО.

- розмежування надання психіатричної допомоги в рамках примусового лікування за рішенням суду внаслідок вчиненого пацієнтом протиправного діяння та допомоги пацієнтам котрі отримують її на загальних засадах за добровільною згодою.

3. Напрями реформування фінансування психіатричних клінік:

- дерегуляція та лібералізація норм і правил ведення господарської діяльності, усунення контролю процесів, його заміна контролем результатів;

- переорієнтація фінансових потоків «на пацієнта», відхід від фінансування «ліжка» заборона планових перевірок МСП;

- запровадження системи платних послуг у комунальних установах з витратою прибутку на розвиток установи.

4. Напрями реформування кадрового забезпечення у системі охорони психічного здоров'я:

- конкурсний відбір при прийомі на посаду, перевірка професійних навиків шляхом комп'ютерного тестування (як при прийомі на посаду, так і періодичне, тренінги підвищення кваліфікації (фахові+психологічні)

- запровадження стандартів поведінки під час перевірки

- розробка системи критеріїв результативності роботи (KPI);

- преміювання за виконання КРІ [73]

РОЗДІЛ III. ПРОБЛЕМАТИКА РЕАЛІЗАЦІЇ ЗАХОДІВ РЕФОРМУВАННЯ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА ПРОЕКТИ ЩОДО ЇЇ ПОКРАЩЕННЯ.

3.1. Ситуація сьогодення, щодо реформування системи охорони психічного здоров'я

10 червня 2018 року введено в дію Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги».

Тепер пацієнти можуть самостійно звернутись до суду та отримати альтернативний висновок щодо стану свого психічного здоров'я, а раніше дозволена медичну стерилізацію без згоди пацієнта заборонено.

Розпочався процес приведення діяльності психіатричних медзакладів у відповідність до міжнародних та національних нормативно-правових актів. Зокрема, триває реорганізація ДУ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України» і переведення пацієнтів до лікарень, які розташовані ближче до місця їхнього проживання, як того вимагають оновлені норми Закону «Про психіатричну допомогу». Щоб привести діяльність психіатричних медзакладів у відповідність до міжнародних та національних нормативно-правових актів [71, с. 10].

Закон визначає, що примусові заходи медичного характеру (не пов'язані з позбавленням волі), мають застосовуватися в закладі з надання психіатричної допомоги в межах адміністративно-територіальної одиниці проживання особи, за її бажанням.

Вперше в Україні здійснилась розробка плану з впровадження «Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» відбулася не за зачиненими дверима кабінетів, а разом з громадою - професійною, пацієнтською, а також за участі міжнародних організацій.

У розробці цих документів взяли участь сотні фахівців у сфері охорони психічного здоров'я, головні лікарі, психіатри, психологи, медсестри, представники громадських організацій, пацієнти та їх родичі, представники державних установ та соціальних служб.

Так, згідно з Планом, до 2030 року в Україні буде створено єдиний медичний простір у галузі психічного здоров'я завдяки координації діяльності всіх задіяних відомств. Тобто українці матимуть чітку карту послуг, сервісів, служб, що будуть підлаштовані під їх потреби.

Головне, що пацієнти не залишатимуться сам-на-сам зі своїми проблемами, а завжди знатимуть, куди звертатись по допомогу. Велика увага приділятиметься профілактиці розладів, руйнуванню табуованого ставлення до проблем із психічним здоров'ям у суспільстві.

Важливим є безперервний процес навчання фахівців у сфері охорони психічного здоров'я. Йдеться як про професійний розвиток фахівців цієї галузі, так і про сучасні освітні програми для навчання лікарів, що надають первинну медичну допомогу (сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів), а також медичних сестер, психологів, соціальних працівників, поліцейських, волонтерів, вчителів, працівників служби зайнятості та інших фахівців [69; 73].

Щоб забезпечити якісну допомогу українцям, фахівці усіх ланок повинні вміти працювати із наслідками психічних травм та іншими поширеними психічними розладами (тривожними, депресивними тощо), а також пацієнтами із хронічними психічними розладами у стадії ремісії.

Йдеться не лише про медикаментозне лікування, а й про освоєння психологічних методів.

Разом із Всесвітньою організацією охорони здоров'я починається впровадження системи навчання фахівців, що надають первинну медичну допомогу. Сімейний лікар, терапевт чи педіатр, у тому числі, зможе пройти курс та навчитися розпізнавати розлади психічного здоров'я. За необхідності, він здійснюватиме базові втручання чи скеровуватиме пацієнта до вузького фахівця.

Українських сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів навчатимуть за програмою «mhGAP», розробленою ВООЗ та успішно апробованою у 90 країнах світу. Вже цього року відбудуться пілотні проекти на Сході країни, і після цього досвід і систему буде поширено на всю країну.

Окрім медичних працівників, навчання проходять і соціальні працівники, поліцейські, волонтери, вчителі та інші.

Також, новинкою є створення програми для профілактики вчинення самогубств.

Показник смертності від самогубства в Україні - 15,3 на 100 тисяч населення у 2017 році - перевищує аналогічні показники у більшості європейських країн. Хоча цей рівень і знизився з 2005 року (коли було 22,6 смертельних випадків внаслідок самоушкодження на 100 тисяч населення), Україна все ще знаходиться в числі перших 25 країн світу за цим показником [59, с. 8-10].

Міністерство охорони здоров'я України ініціювало створення Національної лінії життя - єдиного телефонного номеру, на який може зателефонувати кожен у моменти відчаю чи безнадії.

Вона створюватиметься за одним із кращих прикладів у світі - лінії психологічної підтримки БО «Australia Lifeline». Минулого року МОЗ України організував в Україну візит представників цієї організації, під час якого вони поділились досвідом зі своїми українськими колегами та дали рекомендації щодо розвитку такої форми допомоги в Україні. Наразі ведуться перемовини з Австралійським урядом щодо перекладу протоколів та проведення тренінгів для українських організацій від «Australia Lifeline».

Крім того, відбувається створення бази всеохопних та надійних даних про психічне здоров'я українців.

Будь-які якісні зміни неможливі без розуміння реального стану справ, надійного зворотного зв'язку щодо функціонування системи - її моніторингу і оцінки.

Коректні статистичні дані дозволяють розвивати галузь у правильному напрямку, а управлінцям - приймати зважені рішення, своєчасно реагувати і запобігати виникненню критичних ситуацій, забезпечують раціональне використання ресурсів. Тому одне із стратегічних завдань на цьому етапі - забезпечити релевантну статистику. Центр психічного здоров'я та моніторингу наркотиків і алкоголю МОЗ України оновив форму статистичної звітності щодо надання психіатричної допомоги.

Також, Центром оновлено методологію моніторингу алко- та наркоситуації в Україні. Після затвердження цього проекту Урядом моніторинг буде здійснюватись відповідно до кращих міжнародних стандартів.

Крім того у 2018-му році команда Світового банку підготувала документ під назвою «Охорона психічного здоров'я у процесі трансформації. Оцінка та рекомендації щодо зміцнення інтеграції охорони психічного здоров'я з первинною медичною допомогою та психосоціальною допомогою на рівні громад в Україні» (Mental health in transition. Assessment and Guidance for Strengthening Integration of Mental Health into Primary Health Care and Community-Based Service Platforms in Ukraine) [58].

Огляд і аналіз доступних психіатричних лікарських послуг та підтримки, ставлення суспільства, а також шляхів пошуку лікарської допомоги.

Дослідження, яке було проведене у трьох пілотних областях (Львівській, Полтавській та Запорізькій), зосереджується на поширених психічних розладах, таких як депресія, тривожний розлад, посттравматичний

стресовий розлад (ПТСР), а також алкогольна залежність зображено на малюнку 4.

Малюнок 4

Поширені психічні розлади

	Україна	ЄС	Грузія	Литва	Польща	Російська Федерація	Глобально
Депресивний розлад у цілому	1,063	815.68	823.76	924.42	849.13	903.98	736.06
Чоловіча стать	822.35	660.76	692.35	710.57	732.71	694.27	613.64
Жіноча стать	1,266.75	963.62	943.91	1,108.30	957.32	1,082.56	860.48
Тривожний розлад у цілому	277.01	422.87	303.44	277.02	339.43	271.27	334.32
Чоловіча стать	211.88	281.29	226.37	213.86	243.11	208.93	242.40
Жіноча стать	332.16	558.06	373.89	331.34	428.93	324.36	427.75
Алкогольний розлад у цілому	498.19	224.33	126.13	691.32	463.72	1,036.33	151.87
Чоловіча стать	824.19	367.21	215.45	1,183.36	830.97	1,731.00	252.35
Жіноча стать	222.20	87.89	44.47	268.24	122.49	444.80	49.74

Саме цей звіт допоміг зрозуміти КМУ проблематику у існуючій системі охорони психічного здоров'я в Україні.

За даними дослідженням Світового банку, близько 30% українців протягом свого життя принаймні раз хворіють на один із видів психічних розладів. З-поміж усіх психічних і неврологічних захворювань, а також зловживань різними психоактивними речовинами, в Україні найбільшою проблемою є депресивні розлади [74].

Наступними за поширеністю є наркотична залежність, алкоголізм, тривожний розлад та шизофренія.

У порівнянні з іншими країнами, Україна має особливо високі показники депресії. Серед населення літнього віку депресія, поміж іншим, часто пов'язана з хронічними захворюваннями.

Алкоголізм є найбільш поширеним серед чоловіків, у той час як тривожний розлад та депресія частіше трапляються серед жінок.

За даними дослідження, більшість мешканців України (до 75%), що страждають на один із поширених психічних розладів чи алкоголізм, не мають доступу до лікування. Попри існування протоколів, служби первинної медицини часто неохоче займаються лікуванням психічних розладів чи алкоголізму через брак навичок чи обмежений час. Загалом система психічного здоров'я не є послідовною в допомозі пацієнтам через обмежену комунікацію між медиками різного профілю чи між різними закладами та організаціями. Неформальні психосоціальні служби на рівні громад, такі як священники є для людей важливим джерелом психологічної допомоги. [64, с. 193–198].

Серед працівників у сфері охорони психічного здоров'я є чимало психіатрів, але при цьому менше психологів, психотерапевтів чи соціальних працівників. Можливості освіти та підвищення кваліфікації в державних університетах не пропонують освітньої бази та навичок, що були б засновані на доказових методах лікування психічних розладів та алкоголізму.

Водночас психологи та психотерапевти проводять практику без ліцензування та контролю.

Багато ініціатив у сфері охорони психічного здоров'я реалізують громадські організації за кошти міжнародних донорів. При цьому немає системного підходу до планування, впровадження та координації таких програм, а також необхідного контролю їхньої якості, етичності та безпеки.

Діяльність даних міжнародних громадських організацій здебільшого зосереджена тільки на специфічній частині населення (наприклад, на внутрішньо переміщених особах та ветеранах), тож стабільність залишається проблемою.

Використовуючи вторинні дані про вплив на здоров'я та вартість посиленого втручання, за допомогою програми OneHealth Tool було розроблено попередню модель охорони психічного здоров'я в Україні на період з 2017 до 2030 року.

Було розраховано вартість лікування вибраних пріоритетних психічних захворювань (депресія, тривожний розлад, алкоголізм, біполярний та психотичний розлади), у тому числі вартість ліків, амбулаторної та первинної медичної допомоги, стаціонарного лікування та ресурсів для програм (наприклад, тренінгів).

Ця модель показує, що розширення масштабів лікування обраних психічних розладів могло б до 2030 року у сукупності повернути населенню України понад 4,7 млн. років здорового життя. Загальна вартість на душу населення збільшиться з 2,80 дол. (близько 79 грн.) до 10,90 дол. (близько 305 грн.) [67].

При цьому економічна цінність відновленої продуктивності після лікування поширених психічних захворювань протягом цього періоду, за оцінками, становитиме понад 800 млн. доларів від лікування депресії та 350 млн. від лікування тривожного розладу. Це означає, що на кожен долар, інвестований у покращення лікування поширених психічних розладів в Україні, ми отримаємо 2 долари у відновленій продуктивності та доданій економічній вартості.

Водночас фінансування охорони психічного здоров'я має бути зміцнене за рахунок збільшення бюджетних асигнувань, а також покриття коштів на лікування (у тому числі вартості психотропних препаратів) для людей з поширеними психічними розладами та алкоголізмом.

Таким чином можемо виділити основні цілі у реформуванні системи охорони психічного здоров'я:

Ціль 1. Умови для реформування

1. Внести зміни до Конституції України (ст. 49)
2. Внести зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я

3. Внести зміни до бюджетного кодексу України

Ціль 2. Поетапна структурна реорганізація

1. Розмежувати первинний, вторинний та третинний рівні надання медичної, психіатричної допомоги
2. Розвинути інститут сімейного лікаря та систему підготовки сімейних лікарів для діагностики та базового набору навичок для курації психічних розладів.
3. Створити високоспеціалізовані центри та університетські клініки
4. Реорганізувати систему надання екстреної медичної допомоги включно із протоколами надання екстреної допомоги при гострих психіатричних станах.
5. Підтримати розвиток ЗОЗ недержавної форми власності.

Ціль 3. Підвищення якості медичної допомоги

1. Розробити та впровадити стандарти і клінічні протоколи медичної допомоги на засадах доказової медицини.
2. Розробити систему індикаторів якості роботи закладів охорони здоров'я.
3. Ліцензувати медичну практику.
4. Створити дієві механізми мотивації медичного персоналу

3.2. Іноземний досвід та рекомендації щодо реформування охорони психічного здоров'я для України

Міжнародна співпраця та підтримка у сфері охорони психічного здоров'я посилилися, особливо в світлі нинішнього конфлікту на Сході. Важливі ініціативи з розбудови спроможностей та можливості для навчання і професійного обміну з'явилися чи плануються.

Проте, багато ключових інформаторів також відзначали, що ці ініціативи не координуються серед донорів чи партнерів, які впроваджують програми. В результаті, ці зусилля можуть не спиратися на отриманий досвід, використовуються різні методи, підходи та протоколи (деякі з яких можуть

бути не науково-доказовими чи не відповідають глобальним або національним рекомендаціям), чи їм може бракувати сталості. [74]

На сьогодні можна виділити три основні системи охорони здоров'я у світі:

- державна система (Великобританія)
- страхова система (представлена в таких європейських країнах, як Франція, Австрія, Бельгія, Швейцарія, деяких країнах Латинської Америки, Японії)
- приватна система (Сполучені Штати Америки) [84]

Проте у розглянутих країнах зазначені системи не представлені в чистому вигляді.

Навіть у країнах з державною системою охорони здоров'я є організації, що здійснюють приватне медичне страхування. Державна система охорони здоров'я розвивається як напрям соціальної політики. У результаті держава посилює свій вплив і контроль над діяльністю медичних і страхових організацій. [84]

Наприклад, у Великобританії основна частина коштів надходить з державного бюджету і розподіляється зверху вниз по управлінській вертикалі. Централізоване фінансування також дозволяє стримувати зростання вартості лікування.

Проте існують недоліки державної системи охорони здоров'я, наприклад, схильність до монополізму, відсутність у пацієнта можливості вибору лікаря чи лікувального закладу. страхова система заснована на принципах солідарності. [84]

Страхові організації та застраховані особи мають можливість здійснювати контроль над використанням страхових коштів. Застраховані особи також можуть вибрати лікаря та лікувально-профілактичний заклад. Фінансування подібних систем здійснюється з трьох джерел:

1. Страхові внески підприємців (відрахування із доходів).

2. Страхові внески осіб, які працюють (відрахування із заробітної плати).

3. Кошти з державного бюджету.

Наприклад, у Німеччині діє одна з найбільш розвинених систем соціального медичного страхування, якою охоплено понад 90% населення. [84]

Система обов'язкового страхування здійснює свою діяльність через страхові організації — лікарняні каси.

Приватна система медичного страхування найбільш широко представлена у США. Вона характеризується децентралізованістю, високим розвитком інфраструктури страхових організацій та відсутністю державного регулювання. Приватною формою медичного страхування охоплено понад 80% населення. У США діє приблизно 1500 приватних страхових компаній. [84]

Система охорони здоров'я Австрії рухається в напрямку профілактичної медицини. У 2005 році Міністерство охорони здоров'я впровадило рекомендації з превентивної медицини, ключовим пунктом яких стало проведення обстежень груп ризику. Такі щорічні медичні огляди оплачуються державними страховими фондами. [84]

Метою проведеної в Австрії у 2005 році реформи охорони здоров'я було створення єдиної мережі стаціонарних та амбулаторних установ незалежно від їх підпорядкування і форми власності. Основним кроком стало створення Федерального медичного управління та Регіональних медичних комітетів. [84]

Соціальне страхування Австрії передбачає послуги у випадках: захворювання, інвалідності, вагітності і народження дитини, безробіття, похилого віку, смерті годувальника.

Фінансування соціального страхування здійснюється через внески, які платять самі застраховані або їхні роботодавці. Розмір внесків залежить від річних доходів.

Близько 2/3 населення самостійно оплачують страхування, а решта отримують послуги безкоштовно як члени сімей (наприклад діти). 98% населення Австрії мають медичну соціальну страховку. [84]

У разі хвороби застрахована особа має право звернутися до будь-якого лікаря, який працює з даною страховою організацією. Лікар повинен у встановлених економічних межах вибирати те лікування, яке вважатиме за потрібне, або ж направити хворого до іншого фахівця в клініку. Застрахований має право на лікування в стаціонарних умовах без обмежень перебування в клініці. [84]

Австрійські лікарні встановлюють два типи вартості подібного лікування — загальну і спеціальну.

За кожен день в госпіталі пацієнти зобов'язані заплатити 8-15 євро. Максимальна кількість оплачених днів стаціонарного лікування становить 28 на рік. Деякі медичні та медсестринські послуги надаються на дому. До переліку послуг на дому, які покриває страховка, входять ін'єкції, перев'язування післяопераційних ран, догляд за важкохворим.

Варто зазначити, що у сфері психічного здоров'я страховка покриває лише медичні та діагностичні процедури. Психотерапія ж оплачується самим пацієнтом. [84]

Естонська Республіка, особливості системи охорони здоров'я. Система охорони здоров'я Естонії до реформи була схожою з українською.

До реформи 1990 року в Естонії майже не було приватного медичного сектору, населенню надавалася безкоштовна медицина. Також були поширені неофіційні платежі за надання медичних послуг.

В Естонії була реалізована одна з найбільш вдалих медичних реформ серед пострадянських країн. У відносно короткі терміни було змінено принципи медичного фінансування та надано автономію клінікам.

За десять років в країні було створено нову систему охорони здоров'я, яка за показниками не поступається іншим європейським країнам. Реформа і

реорганізація системи охорони здоров'я Естонії почалися з 1990 року і відбувалися в кілька етапів. [84]

У 1992 році було створено 22 державні фонди медичного страхування в кожному регіоні. Для управління їх діяльністю було створено Асоціацію фондів медичного страхування, яка в 1994 році була реорганізована в Центральний фонд медичного страхування (ЦФМС). Це незалежна публічно-правова організація, відповідальна за соціальне медичне страхування.

У 2001 році функції ЦФМС і 22-х регіональних фондів перейшли до семи філій Фонду медичного страхування, утворених шляхом злиття регіональних фондів. Об'єднання представництв в кожному регіоні дозволило раціонально використовувати працю кваліфікованих фахівців і знизити управлінські витрати. Система охорони здоров'я в Естонії фінансується в основному за рахунок податків. [84]

З 1992 року головним джерелом фінансування є цільовий податок із заробітної плати. На його частку припадає понад 60% всіх витрат на охорону здоров'я. З державного бюджету покривається трохи більше 8% загальних витрат на охорону здоров'я, з муніципальних — близько 2%.

В Естонії використовується система договірних відносин, при якій ФМС укладає договори тільки з обраними медичними організаціями. Відбираються найбільш ефективні постачальники послуг (в тому числі з приватних установ). ФМС зобов'язаний укладати договори з лікарнями (найчастіше на п'ять років). [84]

Контроль якості медичної допомоги входить у функції ФМС. Головний інструмент контролю — проведення аудитів, комплексної оцінки результатів діяльності медичних установ. Висновки Фонду по кожному аудиту — це не тільки виявлення проблем, а й рекомендації щодо їх усунення. Аудити проводяться спеціалізованими лікарськими асоціаціями. [84]

Великобританія є однією з небагатьох європейських країн, де переважна частина (95%) медичних установ належить державі. У цій країні

домінує державна система охорони здоров'я. Як додаток до неї функціонує приватне страхування та платна медична допомога.

Приватним медичним страхуванням користуються 12% населення, отримуючи доступ до обмежених видів лікування в приватних медичних установах.

Національна служба охорони здоров'я (National Health Service) 4 об'єднує всі державні медичні установи, контролює і оплачує діяльність багатьох медичних інститутів. Важливу роль відіграє структура системи охорони здоров'я, основою якої є Департамент охорони здоров'я. Цей урядовий орган створює і контролює впровадження законів, нормативних актів в медичній галузі. Рішення на локальному рівні приймають місцеві підрозділи NHS. [84]

Існує також третій тип державних органів, який служить сполучною ланкою між вищезгаданими двома, — Стратегічне управління охорони здоров'я (Strategic Health Authorities).

У середині управління існує 28 установ, що відповідають за певні регіони і забезпечують інтеграцію загальнонаціональних програм на регіональний рівень.

Медичні послуги у Великобританії поділяють на первинні (первинна медична допомога) та вторинні (спеціалізовані послуги). Обидві групи послуг надають локальні підрозділи NHS, так звані трасти (NHS trusts). Вони підпорядковуються регіональним Стратегічним управлінням охорони здоров'я. [84]

Залежно від сфери діяльності трасти поділяються на кілька груп, основною з яких є трасти первинної ланки:

1. Трасти невідкладної допомоги; до цієї групи належать лікарні швидкої допомоги, пологові будинки, рентген-діагностичні лабораторії.

2. Трасти забезпечення працюють одночасно в системі охорони здоров'я та в соціальній сфері, що необхідно при впровадженні програм, які передбачають співпрацю NHS і муніципальної влади.

3. Трасти психічного здоров'я організують проведення психологічного лікування, медичної підтримки та навчання для пацієнтів з серйозними проблемами та ін. [84]

У Великобританії діагностика та лікування багатьох захворювань здійснюється за так званими «клінічними рекомендаціями». Розробкою і публікацією клінічних рекомендацій займається Національний інститут здоров'я і досконалості медичної допомоги (The National Institute for Health and Care Excellence).

Ці документи стосуються захворювань, лікарських засобів, медичних приладів тощо. Всі лікарні NHS повинні враховувати рекомендації. Приватні клініки не зобов'язані слідувати цим вказівкам. [84]

Охорона здоров'я Польщі фінансується за рахунок декількох видів надходжень до Національного фонду медичного страхування. У структурі бюджету фонду третину складають внески громадян і 2/3 — державні кошти. Також залучаються надходження з альтернативних джерел. Близько 98% населення мають обов'язкове медичне страхування, яке гарантує доступ до медичних послуг. [84]

З 1989 року рівень і структура фінансування системи охорони здоров'я мали істотні зміни. У період 1995-2009 рр. витрати на охорону здоров'я збільшилися в 5 разів (з 18,5 млрд злотих до 99 млрд). Проте у цей період спостерігалось зростання ВВП. Тому частка ВВП, що виділялася на охорону здоров'я, послідовно виросла всього на 1,9 пункти (з 5,5% від ВВП в 1995 р. до 7,4% від ВВП в 2009). [84]

Неформальні платежі на сьогодні залишаються поширеними у країні. Проте їх стає дедалі менше у зв'язку з проведенням серйозних антикорупційних заходів. Порядок оплати праці медичних працівників визначається на основі трудового договору.

Незважаючи на те, що офіційно не передбачено обов'язкового ліцензування постачальників медичних послуг, Національний фонд охорони здоров'я в процесі укладення договорів ставить «додаткові бали» тим

постачальникам, які отримали акредитацію і/або сертифікацію ISO9001. Кількість балів впливає на категорію клініки, а остання — на коефіцієнт для визначення вартості медичних послуг. [84]

Також були розроблені стандартизовані механізми оцінки рівня задоволеності пацієнтів. Сьогодні реформа зосередилася навколо якості послуг. Використовуються різні механізми для підвищення якості медичних послуг (стандартизація, сертифікація, новітні стандарти, навчання лікарів). Однак ці заходи підвищили вартість медичних послуг, що також відбилося на їхній доступності для населення. [84]

Із особливостей системи охорони здоров'я у країні було введено обов'язкове медичне страхування, яке покриває всі верстви населення, в тому числі безробітних. На сьогоднішній день реформа зосереджена на підвищенні якості медичних послуг та їх доступності. Реформа в процесі, тому поки складно говорити про досягнутий результат.

Кардинальні зміни в організації та фінансуванні системи охорони здоров'я Словенії почалися в 1992 році.

Було введено обов'язкове державне і приватне страхування для громадян країни. Розвиток приватного сектора в медицині дозволив підвищити якість послуг. [84]

У 2004 році «Закон про медичне страхування» був приведений у відповідність до директив ЄС, що стало показником його прогресивності та ефективності.

Реформа системи охорони здоров'я ставила перед собою ряд цілей:

- проголошення загальної доступності медичних послуг — кожен громадянин Словенії має доступ до медичної допомоги;
- солідарність — всі громадяни вносять свій внесок у фінансування системи в залежності від їх доходів і використовують медичні послуги за потребами;

- рівність — доступ до медичної допомоги визначається виключно потребою пацієнта і не залежить від інших чинників (етнічної приналежності, статі, віку, соціального статусу або платоспроможності). [84]

У 1992 році було запроваджено медичне страхування і створено Інститут медичного страхування Словенії (Health Insurance Institute of Slovenia, HIIS). HIIS є єдиною організацією, відповідальною за надання обов'язкового медичного страхування. HIIS має 56 філій у країні, в тому числі 10 на регіональному рівні та 46 на місцевому рівні.

До завдань Інституту медичного страхування входять:

- 1) забезпечення обов'язкового медичного страхування;
- 2) укладання договорів медико-санітарної допомоги;
- 3) надання правової та іншої професійної допомоги застрахованим особам;
- 4) ведення бази даних і статистики по медичному страхуванню;
- 5) встановлення ставок для внесків.

Охорона здоров'я Німеччини ґрунтується на добре структурованій системі медичного страхування, що складається з державного медичного страхування (ДМС) і страхування приватних фондів. [84]

Державне страхування має приблизно 89% населення; приватну страховку — 9% німців; 2% населення отримують медичне обслуговування із спеціальних державних програм (військовослужбовці, поліцейські). Станом на 2003 рік лише у 0,2% населення не було жодної медичної страховки.

Фактичний внесок системи ДМС в загальні витрати охорони здоров'я становить понад 60%. Крім цього, кошти надходять від трьох інших складових державної страхової системи (з коштів пенсійного страхування, страхування від виробничого травматизму, страхування на випадок необхідності довготривалого медичного догляду). Також кошти надходить з державної скарбниці. Внески в систему ДМС збираються лікарняними касами (незалежні самоврядні організації). Контроль і управління за їх діяльністю здійснює урядове агентство [84]

Оплата праці лікарів розбита на два етапи:

- перший етап — лікарняні каси повністю переводять асоціаціям лікарів всю суму заробітної плати для лікарів, що працюють в системі ДМС, замість безпосередньої плати кожному лікарю;
- другий етап — асоціації лікарів розподіляють загальну суму між своїми членами відповідно до єдиної шкали вартості послуг та додаткових інструкцій. [84]

Приймаючи до уваги досвід європейських країн у реформуванні медичної галузі та позитивну міжнародну оцінку реформ в Україні за останні п'ять років доцільно підсилити координування серед донорів, державних виконавців та міжнародних організацій шляхом створення обширнішої робочої групи (напр., під керівництвом Міністерства охорони здоров'я), проводячи регулярні координаційні зустрічі на національному рівні (напр., за сприяння Міністерства охорони здоров'я, МНУО, які мають досвід з ведення координаційної діяльності) та продовжуючи проводити ключові зустрічі з метою обміну інформацією та спільного планування відповідно до кращих світових практик, національних пріоритетів та ініціатив з реформування сфери охорони психічного здоров'я. [74]

Використовувати механізми координування та відповідні події для планування спільних ініціатив та пілотних проектів, які базуються на тому, що вже було зроблено, з акцентом на сталості та потенціалові для збільшення масштабу. Залучати виконавців на регіональному рівні з інших країн та отримувати доступ до міжнародних платформ обміну інформацією і досвідом з іншими. [74]

Наше дослідження показало, що особи з проблемами з психічним здоров'ям використовують різні способи звернення за послугами в системі охорони здоров'я та громаді, в тому числі звертаються до неспеціалізованих фахівців медичних професій (напр., сімейних лікарів) та неформальних чи громадських надавачів послуг (напр., священників, НУО). [74]

Проте, їх не ідентифікують та не скеровують для отримання необхідних послуг. Причинами є незнання куди чи як скерувати, небажання згадувати про психічне здоров'я, відсутність особистих зв'язків з надавачами послуг з охорони психічного здоров'я. Національна концепція з охорони психічного здоров'я також вказує на потребу в розвитку спільних систем та механізмів перенаправлення між різними послугами (напр., система охорони здоров'я, соціальні служби) і різними організаціями (напр., уряд, НУО) з чіткими ролями та обов'язками. Існує потреба в різних формальних та неформальних надавачах послуг для того, щоб мати можливість виявляти осіб, в яких можуть бути проблеми з психічним здоров'ям, здійснювати доречні перенаправлення, ділитись відповідною інформацією та здійснювати подальший контроль. [74]

Користувачі послуг також мають ділитися своїми занепокоєннями щодо конфіденційності своєї інформації, тому перенаправлення повинні бути прозорими та здійснюватися за їхньої поінформованої згоди. Тому ми пропонуємо надати, наступні рекомендації: [74]

1. Провести картування доступних послуг з охорони здоров'я, що надаються службами з охорони здоров'я та соціальними службами чи НУО на обласному рівні, та зробити цю інформацію доступною для формальних та неформальних надавачів послуг. ІМС надав інструмент для здійснення картування та довідник в Запоріжжі; МНУО чи громадські організації можуть збільшити масштаб проведення такого картування. [74]
2. Проводити семінари з перескерування у сфері охорони психічного здоров'я із залученням різноманітних фахівців з різних організацій та агентств, щоб вони могли ділитися інформацією про послуги, які вони надають, та дізналися один про одного. Враховуючи, що більшість перескерувань здійснюються неформально (через особисті контакти), знайомство з іншими надавачами послуг може сприяти налаштуванню зв'язків. Такі семінари організовувалися МНУО, наприклад, ІМС, та можуть проводитися і надалі органами

влади, що відповідають за охорону здоров'я на обласному рівні, чи громадськими організаціями. [74]

3. Розробити спільні механізми та форми перескерування, які зможуть використовувати різні надавачі послуг. Такі форми повинні засвідчувати згоду особи на перескерування та обмін інформацією, коли однакові копії отримує надавач, який здійснює перенаправлення, пацієнт та надавач, до якого перенаправляють. Міжнародні рекомендації МПК зі здійснення перескерування та приклади форм є в наявності, їх було адаптовано та перекладено (ІМС), тому їх можна надалі розробляти і поширювати під час семінарів з перенаправлення, а також схвалювати органами влади на національному та обласному рівнях. [74]
4. Посилити комунікацію, обмін інформацією та роботу мультидисциплінарних команд. Надання послуг з охорони психічного здоров'я часто фрагментарне, різні надавачі послуг пропонують різні типи інтервенцій одній й тій самій особі, не координуючи свої дії та не спілкуючись між собою (напр., наркологи, психіатри, психологи, психотерапевти, терапевти/сімейні лікарі, соціальні працівники). Це також необхідно, оскільки багато осіб з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, мають різноманітні потреби, окрім потреб, пов'язаних з психічним здоров'ям, які потребують залучення різних надавачів послуг та координування різних секторів, в тому числі охорони здоров'я, соціальних служб та інших послуг. [74]
5. Діджиталізація та система електронного документообігу між фахівцями та установами різного рівня, електронні бази даних. [74]

Дослідження також показують поширеність таких різноманітних послуг та видів підтримки із врахуванням соціальних детермінантів

психічного здоров'я та свідчать, що бідність та інші життєві стресори підвищують ризик розвитку поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю, і навпаки. [74]

Концепція з охорони психічного здоров'я виражає потребу у зміцненні ефективної комунікації між надавачами послуг та створенні електронної системи у сфері охорони здоров'я, яка допоможе керувати різними потребами і послугами для населення; її можна буде використовувати для обміну інформацією. [74]

Різні ключові інформатори також наголошували на потребі співпрацювати та забезпечувати безперервність між різними аспектами лікування (напр., фармакологічного та психотерапевтичного) і різними фахівцями (психологами, лікарями, соціальними працівниками). Також важливо зазначити, що особи, які звертаються по допомогу у сфері охорони психічного здоров'я, не розуміють, якою інформацією з ким діляться, та хвилюються через конфіденційність і дискримінацію, якщо стане відомо, що вони проходять лікування. Тому ми можемо надати наступні рекомендації: [74]

1. Визнати цінність та важливість різних інтервенцій і фахівців (напр., психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, лікарів та медичних сестер) з соціального сектору та сектору охорони здоров'я в процесі задоволення потреб в сфері охорони психічного здоров'я, а також інших потреб (напр., працевлаштування, житло). [74]
2. Розробити спільні системи та процедури для обміну інформацією, в тому числі спільні бази даних та форми, а також налагодити обмін інформацією між надавачами послуг (напр., різними рівнями системи охорони здоров'я, медичними та соціальними службами). [74]
3. Представити роботу мультидисциплінарних команд, до яких входять різні фахівці, які діляться інформацією та координують процес надання допомоги для того, щоб ефективно задовольнити

різноманітні потреби. Моделі мультидисциплінарних команд вже пройшли пілотне тестування в Україні, та їх можна в подальшому розширити. [74]

4. Розробити чіткі шляхи надання допомоги для різних типів неспеціалізованих та спеціалізованих фахівців, які б стосувалися оцінювання, виявлення, лікування, перенаправлення та подальшого контролю. [74]
5. Чітко повідомляти пацієнтам, якою інформацією діляться, з ким та з якою метою, і переконатися, що отримується та документується поінформована згода. Сюди відносять розробку чи оновлення відповідних національних протоколів Міністерства охорони здоров'я, а також використання належних процесів серед надавачів спеціалізованих та неспеціалізованих послуг. [74]
6. Переглянути існуючі системи обміну інформацією та реєстрації осіб з психічними розладами, щоб переконатися, що особи звертаються по допомогу, не відчуваючи страх перед дискримінацією та негативними наслідками (напр., обмеження щодо працевлаштування). Такий перегляд повинен був би проводитися під керівництвом Міністерства охорони здоров'я з подальшим впровадженням та поширенням зрозумілої інформації на обласному рівні та серед фахівців з охорони здоров'я. [74]

Система охорони психічного здоров'я України продовжує надавати послуги переважно на основі стаціонарних установ, та за підрахунками 89% всіх ресурсів у сфері охорони психічного здоров'я направляються в стаціонарні установи та на фінансування тривалого стаціонарного лікування (в середньому 53,5 днів). Ці показники особливо високі в порівнянні з іншими країнами регіону. Нинішня модель охорони здоров'я в Україні також заохочує стаціонарне лікування, покриваючи витрати на психотропні медикаменти

лише для стаціонарних пацієнтів та виділяючи кошти з бюджету на основі наявних лікарняних ліжок. [74]

Такий тип піклування асоціюється з вищими витратами на лікування, сегрегацією осіб з проблемами з психічним здоров'ям та менш доступними послугами. Більш того, психіатри та психологи переважно концентруються в лікарнях та великих містах. [74]

В Концепції з охорони психічного здоров'я також вказано, що існуючий акцент на наданні психіатричної допомоги в стаціонарних спеціалізованих установах призводить до надання неефективного лікування та високих витрат. З точки зору користувача послуг з охорони психічного здоров'я, стаціонарні послуги є більш стигматизованими та менш доступними, тоді як науково-доказові інтервенції в амбулаторних установах та на рівні громади і надання підтримки щодо багатьох потреб (напр., працевлаштування) описуються як успішні. Як показано в аналізі доходу від інвестицій, більшість поширених психічних розладів та розлад, спричинений вживанням алкоголю, в Україні можна лікувати за допомогою піклування на рівні громади, а не стаціонарного лікування в довгостроковій перспективі. [74]

В той же час всі рівні охорони психічного здоров'я (в тому числі амбулаторне лікування та самопомога) потрібно підсилити для забезпечення ефективного функціонування системи охорони психічного здоров'я. ВООЗ рекомендує модель у вигляді піраміди для організації послуг з охорони психічного здоров'я, що може зменшити вартість психіатричного лікування, дозволити вирішити проблему зі стигматизацією та недостатньою кількістю фахівців з охорони психічного здоров'я і зробити раннє виявлення психічних розладів більш ймовірним. [74]

Концепція з охорони психічного здоров'я в Україні зазначає, що доступ до кращої охорони психічного здоров'я можна забезпечити шляхом децентралізації, яка передбачає розвиток амбулаторного лікування та встановлення зв'язків з громадою, надаючи послуги з охорони психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги, реорганізуючи ресурси з

третинного до вторинного рівня та розвиваючи механізми перенаправлення і комунікації між надавачами та рівнем допомоги. [74]

Відповідно до цього, міжнародні експерти визначили п'ять принципів успішного зменшення рівня госпіталізації:

- наявність послуг на рівні громади;
- медичний персонал (в тому числі професійні асоціації) повинні хотіти впроваджувати зміни;
- політична підтримка на найвищому та найширшому рівні є надзвичайно важливою;
- правильний вибір часу є ключовим аспектом;
- потрібні додаткові фінансові ресурси. [74]

Викладені нижче рекомендації є особливо доречними для Міністерства охорони здоров'я та осіб, відповідальних за розробку політик та реформу в сфері охорони здоров'я, а також організації послуг з охорони психічного здоров'я. Вони також є доречними для донорів та організацій, які займаються впровадженням програм, для підтримки ініціатив на національному рівні. [74] Рекомендації:

- Підтримувати лідерів на національному та обласному рівнях у сфері охорони психічного здоров'я, які можуть встановити зв'язки з ключовими особами, відповідальними за прийняття рішень, залучати представників різноманітних зацікавлених сторін та мобілізувати політичну волю для реалізації змін. Сюди також відносяться кваліфіковані та вмотивовані молоді люди. [74]
- Зміцнити надання послуг з охорони психічного здоров'я (в тому числі виявлення, оцінювання, науково-доказового лікування, підтримки, перенаправлення та подальшого контролю) на всіх рівнях піраміди шляхом розбудови спроможностей, розробки протоколів та перерозподілу обов'язків (також див. рекомендації в частині 3 про освіту та навчання людських ресурсів). [74]

- Збільшити кількість психіатричних стаціонарних відділень в лікарнях загального профілю для зменшення залежності від централізованих установ третинного рівня. Виділяти спеціалізованих фахівців з охорони психічного здоров'я (напр., шляхом проведення реструктуризації, заохочення), щоб переконатися в тому, що психіатри та висококваліфіковані психологи і психотерапевти є в різноманітних медичних установах (напр., районних лікарнях, поліклініках), що забезпечить широке географічне покриття. [74]
- Проводити заходи зі встановлення зв'язків між громадою та мультидисциплінарними командами, до яких входять спеціалізовані фахівці з охорони психічного здоров'я, на місцевому рівні для осіб з тяжкими психічними розладами (напр., психотичними розладами), як вказано в пілотній моделі ВООЗ. [74]
- Вирішувати проблему психічних розладів на рівні первинної медичної допомоги шляхом своєчасного виявлення, лікування (фармакологічного та психосоціального) та перенаправлення до фахівців з охорони психічного здоров'я, коли це потрібно (напр., тяжкі та складні випадки). [74]
- Створити та підсилити початкові етапи надання допомоги для виявлення та перенаправлення осіб з психічними розладами (напр., фельдшерами, священиками, громадськими організаціями). [74]
- Включити метрику, наприклад, проведені інтервенції, покращення стану пацієнтів та рівень задоволеності пацієнтів для моніторингу і оцінки послуг з охорони здоров'я та покращення підзвітності. [74]
- Використовувати здобутий досвід для надання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я інших країн регіону. [74]

Крім того, посилити покриття та фінансування у сфері охорони психічного здоров'я. Бюджет, що виділяється на охорону психічного здоров'я в Україні, є все ще порівняно низьким (в порівнянні з іншими країнами) і непропорційним до економічного тягара та тягара для громадського здоров'я, що пов'язані з психічними розладами. [74]

Через недостатнє державне фінансування системи охорони здоров'я населення вимушене платити за медикаменти, необхідні для стаціонарного та амбулаторного лікування (які є часто дорогими), а також давати неофіційну винагороду медичному персоналу. [74]

Особи з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, також несуть суттєві витрати, звертаючись до різних надавачів послуг, в тому числі психологів з приватною практикою, чи купуючи дорогі медикаменти. Концепція з охорони психічного здоров'я в Україні 2017 року вказує, що ефективність фінансування сфери охорони психічного здоров'я буде покращено в межах загальної реформи сфери охорони здоров'я та передбачатиме розширення послуг з охорони психічного здоров'я, розробку та впровадження механізмів міжсекторного фінансування і пошуку недержавних джерел фінансування. [74]

Хоча багатьом зацікавленим сторонам здається, що бюджет на сферу охорони психічного здоров'я навряд чи збільшать, наш аналіз витрат на збільшення враховуючи поширеність розладів свідчить про те, що витрати на душу населення на психічне здоров'я потрібно було б збільшити вдвічі (з близько 5 до 10 доларів США), за рахунок чого можна значно збільшити покриття на курацію ключових психічних розладів. [74]

Проте, інвестиції в психічне здоров'я є раціональними з економічної точки зору, враховуючи порушення функціонування та зменшені можливості осіб з психічними розладами працювати. [74]

3.3. Структура реформованої системи охорони психічного здоров'я. Боротьба із явищем стигматизації.

Основною функціональною одиницею системи психіатричної допомоги в Україні, на сьогодні, є психіатрична лікарня. Кількість психіатричних лікарень в Україні станом на 2018 рік налічує 84 лікувальні заклади із загальною кількістю ліжок 39251. Величина лікарень коливається від 400 до 1500 ліжок в установі. 80% ліжкового фонду середньостатистичної установи припадає на відділення закритого типу із кількістю ліжок 60 +. Амбулаторна служба психіатричної допомоги представлена фахівцями у поліклініках лікарень соматичного профілю за районованим принципом обслуговування та міських та обласних психоневрологічних диспансерів котрі також містять стаціонарні відділення, ведуть облік громадян із розладами психіки, проводять періодичні психіатричні огляди.

За роки незалежності сформувалась тенденція концентрації найбільшої кількості фахівців з психіатрії у великих стаціонарних лікарнях. Паралельно, економічні кризи, хронічне недофінансування галузі та знаходження психіатричної допомоги на «останніх» ролях у системі охорони здоров'я країни призвели не тільки до катастрофічного зниження фахівців на амбулаторній ланці психіатричної допомоги а й до розвалу самої системи надання амбулаторної психіатричної допомоги.

На сьогоднішній день велика стаціонарна психіатрична установа третинного рівня поєднала в собі усі функції психіатричної допомоги:

- Первинна ланка
- Вторинна ланка
- Судова психіатрія
- Психоневрологічний інтернат
- Високоспеціалізована допомога

В ході впровадження загальнодержавної медичної реформи такий стан речей призвів до того, що психіатрична клініка апріорі програє конкуренцію за фінансування від новоствореної НСЗУ (національна служба здоров'я України), оскільки повинна забезпечувати соціальну складову роботи (а

відповідно персонал, значну кількість ліжок місць, комунальні послуги) за рахунок значно меншої кількості безпосередньо пролікованих суто медичних випадків. Також висока міра соціального навантаження не дозволяє клініці вступити в процес реорганізації у комунальне підприємство тим самим втрачається шанс збільшення заробітної плати кваліфікованому персоналу і як наслідок цього втрата кадрового потенціалу установи, що врешті-решт призведе до тотального колапсу галузі.

Окрім цього закрита та централізована система надання психіатричної допомоги не дозволяє уникнути порушень базових конституційних прав громадян (вільне пересування, комунікація і т.д.), уникнути насилля в стінах психіатричних установ.

На нашу думку, одним з перших кроків у реформуванні психіатричної служби повинні бути міри по наближенню психіатрично-психологічної допомоги до населення. Іншими словами розроблений «маршрут пацієнта». Ми пропонуємо наступну концепцію:

- I ланка

Сімейний лікар - первинне виявлення патології на місцях.

Соціальний працівник – супровід пацієнта

- II ланка

Лікар – психіатр, психолог в рамках РЦПЗ

Соціальний працівник

- Клініка третинного рівня

Високоспеціалізована медична допомога

Науково-методична робота

Таким чином основне навантаження зміщується з установи третинного рівня на новостворені РЦПЗ. Статус РЦПЗ:

- Створений на базі ЦРЛ, або вже існуючої мережі психіатричних стаціонарів області.

- Штатно-посадові одиниці: керівник центру, лікар-ординатор, психолог, соціальний працівник, м/с та мол. м/с з розрахунку на 10-15 ліжок, дві патронажні м/с.
- Фінансування як структурного підрозділу ЦРЛ (відповідно бюджету ОТГ або районної ради). Організація харчування, закупівель, технічне обслуговування через механізми ЦРЛ.
- Безпосереднє підпорядкування головному лікарю ЦРЛ.
- Обласна клініка курує роботу центру, за посередництвом кафедр надає методичні рекомендації, підтримує фаховий рівень персоналу.
- Альтернативний варіант фінансування- утворення РЦПЗ як філії обласної клініки з централізованим бюджетом.

Функції РЦПЗ:

- Стационар
 - Невротичний спектр розладів
 - Неускладнені депресії легкі та середні
 - Повторні госпіталізації з метою переосвічення МСЕК
- Ресоціалізаційно – реабілітаційний підрозділ
 - Психологічне консультування, індивідуальна та групова психотерапевтична робота
 - Соціальний супровід, робота з родинами
- Амбулаторне ПЛ
 - Амбулаторне примусове лікування, робота в ЛКК
 - Організація обліку та співпраця з судами
- Патронаж
 - Фінансово - економічне обґрунтування РЦПЗ на прикладі

Червоноградської МЛ Львівської області:

РЦПЗ	Стационар 25 ліжок	Амбулаторна служба
------	--------------------	--------------------

	Сума рік/тис. грн	Сума 1 ліжка	220 тис. дор. населення
Зарплата	1327000	4423,33	560800
Харчування	149000 (16,55/пац.)	496,67	
Медикаменти	72600 (8,07/пац.)	242	1300
Ком. послуги	200336	667,79	
Загальна сума	1748936	5829,79	562100
Матеріали 2210	15000	50,00	
Послуги 2240	70000	233,33	
Інші витрати	85000		
Загальна сума	1833936	6113,12	
Вартість 1 ліжка		203,77	
		266,23 з амб. сл.	
Загальна сума витрат стаціонар + амбулаторна служба			2396036
Збільшення статті видатків медикаменти 81 грн/пац. –			2894109,1 (498073,1)

Як зазначалось вище однією з вимушених складових роботи психіатричних клінік являється утримання десоціалізованих пацієнтів. Система психоневрологічних інтернатів працює неефективно, що призводить до «зависання» таких пацієнтів у лікарні, а відповідно до виключення з роботи частини ліжкового фонду. Кількість таких пацієнтів коливається в межах 10-12% (150 – 165 ліжкомісць). Вирішення даного питання законодавчо покладено на мін. соц. політики, опікунські ради і т.д., однак в практичному плані результати незадовільні.

Умовно, категорію таких пацієнтів можна розбити на 3 основні групи:

- I

Пацієнти з частими повторними госпіталізаціями (2-3 на рік).
Середній термін перебування 60 днів

- II

Пацієнти з втраченими соціальними зв'язками та юридичними документами. Термін перебування необмежений.

- III

Пацієнти з важкими дефектами внаслідок захворювання. Термін перебування від року до 5-ти років.

На нашу думку пацієнти III групи потребують створення окремого підрозділу паліативної психіатричної допомоги в рамках установи, фінансованого за субвенційним принципом (окремою програмою), на засадах гуманності, поваги, дотримання прав людини з метою покращення останніх днів життя пацієнта, полегшення фізичних та моральних страждань пацієнта та членів його родини.

Пацієнти I групи з організацією системи діючих РЦПЗ отримують медичну допомогу безпосередньо на місці проживання, за виключенням гострих станів, котрі потребують невідкладної або високоспеціалізованої допомоги, уникається ефект стигматизації, знижується навантаження на центральну установу третинного рівня.

Пацієнти II групи потребують організації альтернативної структури котра б займалась наглядом, доглядом, медичним, соціальним та юридичним супроводом даної категорії громадян в рамках «суспільної опіки». Такою структурою може слугувати «будинок побуту і опіки».

Штатний розпис та структура БПО:

- Управляюча організація
 - Керівник, заст. по госп. част.,
 - Юрист, кадровик, голов.бух.
- Наглядова рада

- Окремо функціонуюча структура в рамках ЛОР або іншого представницького органу.
- Структура 1,2,3
 - м/с та мол. м/с з розрахунку на 35 ліжкомісць
 - робітник

Функції БПО:

- Управляюча організація
 - Укладає договір з МОЗ, мін. соц. політики або ЛОР на надання послуги.
 - Забезпечує функціонування структури.
- Наглядова рада
 - Контролює використання коштів пацієнтів та бюджетних субвенцій.
 - Контролює дотримання прав пацієнтів.
- Структура 1,2,3
 - Забезпечує постійне проживання.
 - Забезпечує медичний, соціальний, юридичний супровід пацієнтів.

Фінансово-економічне обґрунтування БПО:

БПО	Структура на 35 ліжко - місць	
	Заг. сума рік/тис. грн	1 ліжко/міс./грн.
Зарплата	2031800	4837,62
Харчування	176652 (14,02/пац.)	420,6
Медикаменти	98280 (7,8/пац.)	234
Ком. послуги	323057	768,65
Заг. сума	2629789	6261,4
Матеріали 2210	20000	47,62
Послуги 2240	70000	166,67

Підсумок	2719789	6475,69
Вартість 1 ліжко-дня 215,86 грн.		

Однією з основоположних перешкод на шляху реалізації реформування системи психіатричної допомоги в Україні є явище стигматизації суспільства стосовно громадян з психічними розладами. Поняття стигматизації визначено як приписування певних особливостей, як правило, негативних, індивіду чи групі людей, якими вони можуть і не володіти. В контексті реформування психіатричної служби це явище стало наріжним каменем, оскільки складно уявити ефективні механізми реінтеграції громадян із психічним розладом у громаду при наявності упередженості у членів громади щодо таких людей.

Основним шляхом вирішення проблеми ми бачимо проведення масивної медіакампанії скерованої на різні групи зацікавлених осіб з відповідними до кожної групи меседжами.

- Населення:

Інформування про «виліковність» розладів психіки, «безпечність» людей з розладами психіки, прищеплення відповідальності громадянина за власне здоров'я, в тому числі і психічне, “здоров'я-це дорого!”.

- Фахівці:

Професіоналізм = фінансове благополуччя, “медична послуга” замість “медичної допомоги”, конкурентне середовище, саморозвиток.

- Страхові/фарм. компанії:

Відхід від “тіньових схем”, державні гарантії, чесна конкуренція, дерегуляція.

ВИСНОВКИ

Вирішення проблематики та завдань магістерської роботи здійснювалось шляхом проведення дослідження існуючих теоретичних та практичних матеріалів і нормативно-правової бази.

Нами встановлено, що в ст. 49 Конституції України проголошено, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. [78]

Проте в Конституції України не задекларовано право на охорону психічного здоров'я.

Тому з метою визначення правових та організаційних засад забезпечення громадян психіатричною допомогою, виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, було прийнято Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 р. № 1489-III. [78]

Психіатрична допомога надається на основі принципів законності, гуманності, додержання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів лікування з мінімальними соціально-правовими обмеженнями. [78]

Цим законом проголошена презумпція психічного здоров'я, а саме: кожна особа вважається такою, яка не має психічного розладу, доки наявність такого розладу не буде встановлено на підставах та в порядку, передбаченому законодавством. [78]

Також, в ході написання роботи було вирішено низку поставлених завдань:

1. Початком в наданні психіатричної допомоги стало затвердження Положення про умови і порядок надання психіатричної допомоги в 1988 році. Але цей процес був і є довготривалим (про що буде сказано в подальшому).

Психіатрія є медичною наукою, вона вивчається в медичних вузах, а психіатром може стати лише лікар, який має повну медичну освіту і пройшов вузьку спеціалізацію з психіатрії, яка може тривати до двох років навчання. Але психіатрію потрібно віднести до комплексної науки, що зумовлено її зв'язком з такими науками, як психологія, соціологія, філософія, політологія, правові науки.

Зв'язок психіатрії з правовими науками проявляється в наступному: по-перше, надання психіатричної допомоги, місце самої психіатрії, регламентується і базується на таких нормативно-правових актах як Конституція України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закону України «Про психіатричну допомогу» 2000 р., та інших нормативно-правових актів, прийняті відповідно до них. Закон України «Про психіатричну допомогу» визначає правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричної допомоги виходячи з пріоритету прав і свобод людини і громадянина, встановлює обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, регламентує права і обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги. [81]

Відповідно до статті 35 Хартії, «кожний має право на доступ до превентивної допомоги та медичне обслуговування на умовах, передбачених національним законодавством та практикою. Підвищена увага має приділятися захисту здоров'я людини при розробці і здійсненні усіх політик та дій Європейського Союзу» [44, с. 12].

2. Психічне здоров'я охороняється Конституцією України та Законами України, також воно є важливим об'єктом соціальної політики ЄС.

Базовим документом, що містить пропозиції щодо уніфікації відповідних політик ЄС, є Зелена книга «Покращення психічного здоров'я населення. До стратегії щодо психічного здоров'я у ЄС». [79]

Основними аспектами відповідної стратегії є сприяння психічному здоров'ю усіх осіб, профілактика, покращення якості життя хворих на психічні хвороби за допомогою соціальної інклюзії та захисту їхніх прав, а також – розвиток системи інформації, досліджень та знань з проблем психічного здоров'я. [79]

Серед інших актів ЄС з питань психічного здоров'я варто виокремити ряд документів Ради міністрів Союзу (Висновки 2012, 2013, 2015 років) та резолюцію Європарламенту з психічного здоров'я. [80]

3. Охорона психічного здоров'я є одним із пріоритетних напрямів державної політики України в галузі охорони здоров'я.

Найвні дані про стан психічного здоров'я населення України свідчать про необхідність посилення уваги до організації та ефективної діяльності не тільки цієї служби, а й спрямування всіх суспільних інститутів на подолання хвороб, які пов'язані із втратою душевної рівноваги, психічними розладами та депресивними станами як окремої особи, так і населення в цілому. [80]

Проблема полягає в тому, що переважна частина населення не вважає психічні розлади таким станом, який потребує медичного втручання, і намагається справлятися з ними самотужки. Існує хибна думка, що медична допомога лікаря необхідна лише в стані загострення психічного розладу. [80]

4. Пакет реформ було погоджено в жовтні 2016 року, та нинішнє керівництво Міністерства охорони здоров'я активно працює над реалізацією заходів, необхідних для впровадження реформ. Україні нині також потрібно виконати ряд зобов'язань в сфері громадського здоров'я в межах Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом. [74]

В лютому 2017 року Міністерство охорони здоров'я опублікувало трирічний план реформування сфери охорони здоров'я, який зробить систему охорони здоров'я України більш відповідною до європейських практик,

передаючи більшість обов'язків з піклування про пацієнтів з лікування в лікарнях до системи первинної медичної допомоги та профілактики, підвищуючи раціональність витрат у сфері охорони здоров'я, заохочуючи використання кращих практик серед лікарів та в лікарнях та забезпечуючи доступ громадян до пакету безкоштовних послуг з первинної медичної допомоги. [74]

До планів щодо покращення охорони психічного здоров'я до 2020 року належать наступні: інтеграція охорони психічного здоров'я в первинну медичну допомогу, надання послуг мультидисциплінарними командами та надання послуг на рівні громади з метою підтримки осіб з проблемами з психічним здоров'ям, щоб вони змогли жити в громаді. [74]

5. 10 червня 2018 року введено в дію Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги».

Вперше в Україні здійснилась розробка плану з впровадження «Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» відбулася не за зачиненими дверима кабінетів, а разом з громадою - професійною, пацієнтською, а також за участі міжнародних організацій.

Так, згідно з Планом, до 2030 року в Україні буде створено єдиний медичний простір у галузі психічного здоров'я завдяки координації діяльності всіх задіяних відомств. Тобто українці матимуть чітку карту послуг, сервісів, служб, що будуть підлаштовані під їх потреби.

Коректні статистичні дані дозволяють розвивати галузь у правильному напрямку, а управлінцям - приймати зважені рішення, своєчасно реагувати і запобігати виникненню критичних ситуацій, забезпечують раціональне використання ресурсів. Тому одне із стратегічних завдань на цьому етапі - забезпечити релевантну статистику. Центр психічного здоров'я та моніторингу наркотиків і алкоголю МОЗ України оновив форму статистичної звітності щодо надання психіатричної допомоги.

б. Проаналізувавши міжнародний досвід, ми приходимо до висновку, що на сьогодні можна виділити три основні системи охорони здоров'я у світі: державна система (Великобританія), страхова система (представлена в таких європейських країнах, як Франція, Австрія, Бельгія, Швейцарія, деяких країнах Латинської Америки, Японії) та приватна система.

Також нами у даній роботі були викладені рекомендації, які на нашу думку є особливо доречними для Міністерства охорони здоров'я та осіб, відповідальних за розробку політик та реформу в сфері охорони здоров'я, а також організації послуг з охорони психічного здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз політики охорони здоров'я: навч. посіб. / Тетяна Семигіна. – К. : ВПЦ НаУКМА, 2012. – 479 с.
2. Брут А. Психічне здоров'я нації — під загрозою? [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://h.ua/story/17415/>.
3. Бурбо Л. Твое тело говорит: люби себя! Самая полная книга по метафизике болезней и недугов / Л. Бурбо [пер. с фр.]. – М. : ООО Издательство «София», 2007. – 336 с.
4. Вакуленко О.В. Здоровий спосіб життя як соціально-педагогічна умова становлення особистості у підлітковому віці : автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.05 / О.В. Вакуленко ; Нац. пед. ун-т ім. М.П.Драгоманова. – К., 2001. – 20 с.
58. Варій М.В. Залежність психічного здоров'я громадян від суспільної дійсності / М.В. Варій. - Режим доступу: Шпр://м'М'М'. пЪиу.^оуиа.
5. Всесвітня організація охорони здоров'я. Всеосяжний план дій з психічного здоров'я на 2013 — 2020 від 27 травня 2013/ВООЗ, WHA66.8.
6. Всесвітня організація охорони здоров'я. Індикатори оцінки та покращення якості і прав людини у психіатричних закладах та закладах соціальної допомоги. / ВООЗ. [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70927/3/9789+241548410_eng.pdf
7. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні : моногр. / З. С. Гладун. – К. : Юрінком Інтер, 2007. – 720 с.
59. Гокунь І. Нові підходи в наданні допомоги людям із психічними захворюваннями / І.Гокунь: [Електронний ресурс] - Режим доступу: Шпр://8Йa1e1ei.kieуиа.
60. До Всесвітнього дня психічного здоров'я: [Електронний ресурс] - Режим доступу: Шпр://гарог2I.cот.иа.

8. Доклад ВООЗ о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда // «Весь мир», 2001.-С. 37-84.
9. Дубровина И. В. Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности / И. В. Дубровина // Вестник практической психологии образования. – 2009. – № 3. – С. 17–21.
10. Жалінська І. В. Громадське здоров'я: методологія оцінювання та обґрунтування політики: автореф. дис. ... канд. екон. наук : 08.00.07 / І. В. Жалінська ; НАН України ; Ін-т демографії та соц. дослідж. ім. М.В. Птухи. – К., 2011. – 20 с.
11. Закон України «Про психіатричну допомогу».
12. Запорожан В. Н. Путь к ноэтике / В. Н. Запорожан. – Одесса : Одес. гос. мед. ун-т, 2008. – 284 с.
13. Здоровье 2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия / ЕРК ВОЗ (Мальта, 10—13 сентября 2012 г.) — 18 с.
14. Карпишин Н.І. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в реалізації державних функцій на ринку медичних послуг : автореф. дис... канд. екон. наук: 08.04.01 / Н.І. Карпишин ; Терноп. держ. екон. ун-т. – Т., 2006. – 21 с.
61. Кожна восьма дитина в Україні має хронічний психічний розлад: [Електронний ресурс] - Режим доступу: [Бйр://№№ж§геепра1уиа/](#)
15. Кондратюк С.М. Інтегративний підхід до виховання у молодших школярів здорового способу життя : автореф. дис... канд. пед. наук : 13.00.07 / С.М. Кондратюк ; Ін-т пробл. виховання АПН України. – К., 2003. – 20 с.
62. Конституція України: Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР //Офіційний вісник України від 01.10.2010, / № 72/1 Спеціальний випуск, стаття 2598.
16. Корнієць В. В. Адміністративно-правові основи відповідальності за правопорушення у санітарно-епідеміологічній сфері в контексті адміністративно-правової реформи в Україні : автореф. дис. ... канд. юрид.

наук : 12.00.07 / В. В. Корнієць ; Класич. приват. ун-т. – Запоріжжя, 2010. – 20 с.

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

18. Кримінальний кодекс України.

19. Кримінально-процесуальний кодекс України.

20. Кузьменко В.Ю. Виховання в учнів 8 – 9 класів здорового способу життя : автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.07 / В.Ю. Кузьменко ; Ін-т пробл. виховання АПН України. – К., 2003. – 20 с.

21. Малік Є.О. Система фінансування охорони здоров'я: конкурентні та соціальні критерії розвитку: автореф. дис... канд. екон. наук: 08.00.08 / Є.О. Малік ; Держ. вищ. навч. заклад «Київ. нац. екон. ун-т ім. В. Гетьмана». – К., 2007. – 18 с.

22. Наступний крок медицини — інтегративна медицина [Текст] / О. С. Чабан // Медікс. АнтиЕйджинг: Журнал української лікарської еліти. — 2009. — № 5. — С. 6—10.

63. Організаційні та правові проблеми забезпечення громадян психіатричною допомогою в Україні: [Електронний ресурс] - Режим доступу: Шр://ргауа.кіеу.иа/

23. Орлов А. Б. Психология личности и сущности человека. Парадигмы, проекции, практики / А. Б. Орлов. – М. : Академия, 1995. – 272 с.

64. Офіційний веб-портал Міністерства охорони здоров'я України: [Електронний ресурс] - Режим доступу: ШрУ/м'М'М'.тог. §оу.иа/

24. Парадигмы, проекции, практики / А. Б. Орлов. – М. : Академия, 1995. – 272 с.

25. Партнеры в сфере охраны психиатрического здоровья: Вклад профессионалов и не- профессионалов в охрану психического здоровья — К.: Сфера, 1999.

26. Петрова С.В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування. Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування 2014 № 2. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://el-zbirn-du. at.ua/2014_2/14.pdf
27. Право и психиатрия/ М.: Юрид. Лит., 1991.
28. Практическая психология в образовании : учеб. пособие / под ред. И. В. Дубровиной. – 4-е изд. – СПб. : Питер, 2004. – 592 с.
29. Практическая психология в образовании : учеб. пособие / под ред. И. В. Дубровиной. – 4-е изд. – СПб. : Питер, 2004. – 592 с.
65. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22.02.2000 №1489-111 // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 19, ст. 143.
30. Проект Концепції Державної цільової комплексної Програми
31. Прутько С.Г. Політико-правові засади екологічно безпечного розвитку України : автореф. дис... канд. політ. наук: 23.00.02 / С.Г. Прутько ; Ін-т держави і права ім. В.М.Корецького НАН України. – К., 2007. – 19 с.
32. Психотерапия. Под ред. Бурлачук Л.Ф., Качеряк А.С. — Изд. “Питер”., 2007.
33. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку: Автореф. дис... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.01 / Я.Ф. Радиш ; Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2003. – 35 с.
34. Релігія, Церква, суспільство і держава: два роки після Майдану [Religion, Church, Society and State: Two Years after Maidan] (pdf) (in Ukrainian), Kiev: Razumkov Center in collaboration with the All-Ukrainian Council of Churches (sample of 2,018 people), 26 May 2016, pp. 22, 29, archived (PDF) from the original on 2017-04-22
35. Рингач Н.О. Державне управління охороною здоров'я як складовою системи забезпечення національної безпеки: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / Н.О. Рингач ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2010. – 36 с.

66. Рішення Конституційного Суду України у справі щодо офіційного тлумачення статей 3, 23, 31, 47, 48 Закону України «Про інформацію» та статті 12 Закону України «Про прокуратуру» (справа К.Г. Устименка) від 30.10.1997 № 18/203-97: [Електронний ресурс] - Режим доступу: [Закоп.га4а.§оу.иа](http://zakon4a.gov.ua).

36. Рожкова Ю.В. Психиатрическая помощь в системе социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами: правовые вопросы: автореф. дис. ... канд. юр. наук : 12.00.05/ Ю.В. Рожкова; Омский гос. ун-т. - О., 2006. - 20 с.

37. Семигіна Т. Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального і локального : монографія. – К. : Видавничий дім «КиєвоМогилянська академія», 2013. – 400 с.

67. Сенюта І. Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я / І. Сенюта // Вісник Львів, унів-ту. Серія юридична. 2004.

38. Сенюта І. Я. Право людини на охорону здоров'я та його законодавче забезпечення в Україні : моногр. / І. Я. Сенюта; Акад. прав. наук України, НДІ держ. буд-ва та місц. самоврядування. – Л. : Вид-во «ПАІС», 2007. – 223 с. – (Пр. Львів. лаб. прав людини і громадянина. Сер. І. Дослідж. та реф.; Вип. 14).

39. Скрипник / Питання психічного здоров'я актуальне у сучасному суспільстві [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://newvv.net/politics/region/241455.html>

40. Смирнов Н. К. Здоровье сберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе / Н. К. Смирнов. – М. : Аркти, 2006. – 320 с.

41. Современные тенденции и новые формы психиатрической помощи / Под ред. проф. О.Г. Ньюфельдта. — М.: ИД "Медпрактика+М", 2007. — 356 с.

42. Солоненко Н.Д. Державне управління перебудовою галузі охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів в Україні: Автореф. дис...

канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Н.Д. Солоненко ; Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. – К., 2004. – 20 с.

43. Стеценко В. Ю. Адміністративно-правове забезпечення запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.07 / В. Ю. Стеценко ; Харк. нац. ун-т внутр. справ. – Х., 2010. – 40 с.

44. Україна приєдналась до Європейської декларації щодо охорони психічного здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.likar.info/novosti-Ukrainy/news9322-ukrayina-prijednalas-do-jevropeyskoyi-deklaratsiyischodo-ohoroni-psihichnogo-zdorovya/>.

68. Федько О.А. Багатоаспектність поняття здоров'я у сучасній науковій думці / О.А. Федько // Державне управління: удосконалення та розвиток: [Електронний ресурс] - Режим доступу: Шпр:// м'м'мміу.паука.сот.иа/

69. Фромм З. Душа человека / Зрих Фромм,- М.: Республика, 1992.

70. Халамендик В.Б. Інформаційна гігієна як фактор збереження психічного здоров'я людини / В.Б. Халамендик: [Електронний ресурс] - Режим доступу: Шпр://м'М'М'.пЬиу.80У.иа

71. Ходімчук О. Наявність психічних аномалій у осіб та їх вплив на вчинення насильницьких злочинів /О.Ходімчук // Право Украї-ни.-2003.-№7.- С. 60-64.

45. Хухлаева О. В. Коррекция нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников / О. В. Хухлаева. – М., 2003.

46. Цивільний кодекс України.

47. Цивільний-процесуальний кодекс України.

48. Шатковська І. В. Адміністративно-правове забезпечення лікарської таємниці в Україні : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07 / І. В. Шатковська ; Нац. ун-т біоресурсів і природокористування України. – К., 2010. –20 с.

49. Шувалов А. В. Гуманитарно-антропологические основы теории психологического здоровья / А. В. Шувалов // Вопросы психологии. – 2004. – № 6. – С. 18–33.

50. Яковлєв М. В. Явище інституційного ізоморфізму у процесах демократичної трансформації постсоціалістичних держав (теорія питання): автореф. дис. ... канд. політ. наук : 23.00.01 / М. В. Яковлєв ; НАН України, Ін-т політ. і етнонац. дослідж. ім. І.Ф. Кураса. – К., 2010. – 16 с.

51. AVERT. (2017). HIV and AIDS in Ukraine. Retrieved from <https://www.avert.org/professionals/hivaround-world/eastern-europe-central-asia/ukraine>

52. Bromet, E. J., Gluzman, S. F., Paniotto, V. I., Webb, C. P. M., Tintle, N. L., Zakhozha, V., . . . Schwartz, J. E. (2005). Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: Findings from the Ukraine World Mental Health survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(681), 1-10. doi:10.1007/s00127-005-0927-9

53. Central Intelligence Agency. (2017). The World Factbook: Ukraine. (August 01, 2017). Central Intelligence Agency. Retrieved from <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/up.html>

54. Fedyuk, O., & Kindler, M. (2016). Ukrainian Migration to the European Union: Lessons from Migration Studies: IMISCOE Research Series.. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-319-41776-9.pdf>

55. Foundation 101. (2017) The Number of Registered IDPs Decreased in 2017. Retrieved from <https://www.foundation101.org/en/news/20170301>

56. Gilmore, A. B., McKee, M., & Rose, R. (2002). Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine. *Social Science & Medicine*, 55(12), 2177-2188.

57. Health Strategic Advisory Group (Health SAG). (2014). National Health Reform Strategy for Ukraine 2015- 2020. Retrieved from http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2015/03/Strategiya_Engl_for_inet.pdf

58. State Statistics Service of Ukraine. (2009-2017). Population (by estimate) as of March 1, 2017. Average annual populations January-February 2017. [Data set]. Retrieved from http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2017/ds/kn/kn_e/kn0217_e.html

59. The World Bank (2015). Life expectancy at birth, total (years). Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=EU>

60. The World Bank, United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (UNESCO) Institute for Statistics. (2015). Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above), Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/SE.ADT.LITR.ZS?locations=UA&page=3>

61. The World Bank, World Bank national accounts data, and OECD National Accounts data files. (2016). GDP per capita (current US\$), Ukraine. Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=UA>

62. The World Bank, World Development Indicators database. (2016) Ukraine Country Profile. Retrieved from http://databank.worldbank.org/data/Views/Reports/ReportWidgetCustom.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=UKR

63. United Nations Development Program (2016). Human Development Report 2016: Human Development for Everyone, Briefing note for countries on the 2016 Human Development Report, Ukraine. Retrieved from http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/UKR.pdf

64. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. (2017) Ukraine: Humanitarian Overview – Needs and Response Analysis (January – May 2017). HumanitarianResponse.info (UN OCHA). Retrieved from Humanitarian Response Website:

<https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/ukraine/document/ukraine-humanitarian-overview-needs-and-response-analysis-january-may>

65. World Bank Group: Social, Urban, Rural & Resilience. (2017). Conflict in Ukraine: Socio-Economic Impacts of Internal Displacement and Veteran Return. Summary Report. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/571011497962214803/pdf/>

66. World Health Organization (2014). Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014, Ukraine. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf?ua=1

67. World Health Organization, Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners (2015). Ukraine: WHO statistical profile. Retrieved from <http://www.who.int/gho/countries/ukr.pdf?ua=1>

72. Українська Гельсінська спілка з прав людини. Моніторинговий візит до Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О. Ф. Мальцева. <https://helsinki.org.ua/monitorynhovuj-vizyt-do-poltavskoj-oblasnoj-klinichnoj-psyhiatrychnoj-likarni-im-o-f-maltseva/>

74. ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я НА ПЕРЕХІДНОМУ ЕТАПІ: результати цінювання та рекомендації для інтеграції охорони психічного здоров'я в систему ервинної медичної допомоги та громадські платформи в Україні <http://documents.shihang.org/curated/zh/747231517553325438/pdf/120767-Ukrainian-PUBLIC-mental-health-UA.pdf>

75. МІСЦЕВЕ САМОВРЯДУВАННЯ – ОСНОВА СТАЛОГО РОЗВИТКУ КРАЇНИ Матеріали щорічної Всеукраїнської науково-практичної конференції за міжнародною участю (Київ, 16 травня 2014 р.) http://academy.gov.ua/%5CNMKD%5Clibrary_nadu%5CMater_konf_NADU%5C25f3a865-2b5f-4bb2-b555-b0fd0aff2e0e.pdf

76. Законопроект «Про забезпечення лікарськими засобами і виробами медичного призначення в Україні».

77. "суспільно-політичний розвиток України в 2018 році" <http://lit.govuadocs.com.ua/docs/161/index-672882.html#2>

78. "науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: "Юриспруденція" <http://www.vestnik-pravo.mgu.od.ua/archive/juspradenc6-2-2/juspradenc6-2-2.pdf>.

79. "науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія:"Юриспруденція"
<http://www.vestnik-pravo.mgu.od.ua/archive/juspradenc6-1-2/juspradenc6-1-2.pdf>.

80. ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. Колективна монографія у двох частинах. Частина 1. За загальною редакцією професора М. М. Білинської, професора Я. Ф. Радиша.
http://academy.gov.ua/%5CNMKD%5Clibrary_nadu%5CMonogr%5C457d99ff-a477-4205-baaf-2cee246fe3da.pdf#1

81. "результати аналізу витрат у стаціонарах КЗ ЛОР «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» за 2017 рік." Спільний проект Міністерства охорони здоров'я України, Департаменту охорони здоров'я ЛОДА, та проекту «фінансування та управління охороною здоров'я», що фінансується USAID та виконується Abt. Associates inc.

82. Кабінет міністрів України "Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2025 року" http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/NT3366.html

83. ВРУ, Законопроект «Про внесення змін до законодавчих актів щодо надання психіатричної допомоги» <https://www.apteka.ua/article/379600?print=1>

84. «Системы здравоохранения и медицинского страхования за рубежом», <http://med-insurance.com.ua/review/233>