

## СОЦІАЛЬНА І ГУМАНІТАРНА ПОЛІТИКА

УДК 351.773:353

### МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Авраменко Н.В.**

кандидат медичних наук, доцент  
Запорізький медичний університет

#### **Annotation**

The author examines the features of public administration and reformation of the health protection system in foreign countries in the article.

#### **Анотація**

У статті розкрито особливості державного управління та реформування системи охорони здоров'я в зарубіжних країнах.

#### **Ключові слова**

Реформування, охорона здоров'я, медичне страхування, медична послуга, профілактика, медичний персонал, фінансовий механізм.

#### **I. Вступ**

До перехідного періоду галузь охорони здоров'я вважали "непродуктивною" й цінували менше, ніж виробництво й торгівлю. Проте послуги охорони здоров'я розглядали як благо, на яке мали право всі трудящі і на яке покладали відповідальність за здорове майбутнє нації. Лікування, особливо професійних захворювань, і реабілітація були важливим компонентом у соціальному пакеті. Надання медичних послуг було широким, праце-, а не капіталоємним, і фінансувалося із загального бюджету, який базувався на податках. В основі організації галузі системи охорони здоров'я лежала радянська модель Семашка, згідно з якою поряд з основною системою охорони здоров'я створювались паралельні в ряді галузей і нерідко на окремих підприємствах. Витрати на працівників у системі охорони здоров'я були не дуже великими, тому до перехідного періоду необхідність у державній підтримці галузі охорони здоров'я не викликала сумнівів.

#### **II. Постановка завдання**

Мета статті – дослідити міжнародний досвід реформування галузі охорони здоров'я.

#### **III. Результати**

Державну політику України в галузі охорони здоров'я досліджували такі вітчизняні вчені: М. Білинська, Д. Карамішев, В. Лехан, В. Лобас, В. Москаленко, А. Нагорна, М. Поліщук, Я. Радиш, В. Скуратівський,

І. Солоненко, В. Таралло, О. Черниш, О. Шапала та ін.

Після краху економіки країн Центральної та Східної Європи уряди майже нічого не застосовували для збереження фінансування галузі охорони здоров'я, а деякі (можливо, у відповідь на міжнародні вимоги знизити державні витрати) навіть скоротили відсоток ВВП, що виділявся на потреби охорони здоров'я. Зниження витрат на охорону здоров'я було дуже великим, особливо у світлі лібералізації цін та інфляції, що призвело до хронічної нестачі державних коштів для інвестицій у галузь і виплати заробітної плати [2].

У Російській Федерації, починаючи з 1991 р., докладалося багато зусиль для прийняття нового законодавства в галузі охорони здоров'я. Однак реформа галузі ускладнювалася у зв'язку зі зміною політичної ситуації. У 1991 та 1993 рр. були прийняті закони про медичне страхування та введена система обов'язкового медичного страхування. У 1997 р. у межах концепції розвитку охорони здоров'я та медичної науки розвиток приватного сектора було виділено як найбільш важливе структурне перетворення, до якого необхідно прагнути.

У 2000 р. було введено єдиний соціальний податок. Система охорони здоров'я відповідає адміністративній структурі країни з розподілом відповідальності на федеральному, регіональному та муніципальному рівнях. Вони містять служби як поліклінічної, так і стаціонарної допомоги, на які припадає 15% всіх амбулаторних і 6% всіх стаціонарних лікувальних установ. Служби громадського здоров'я орієнтовані на все населення, утворені на базі системи санітарно-епідеміологічного нагляду. Вони функціонують на регіональному та муніципальному рівнях, але підпорядковуються федеральними органами, надаючи основні послуги громадського здоров'я в таких напрямках: профілактика інфекційних захворювань та боротьба з ними, імунізація, гігієна дітей і підлітків, безпека продуктів харчування й

## Держава та регіони

радіаційна безпека, а також профілактика професійних захворювань [1].

Первинну медико-санітарну допомогу населенню надають такі установи, як:

- сільські медичні пункти, у штаті яких є фельдшер і в деяких випадках акушер;
- медичні центри, до штату яких входять педіатр, терапевт, гінеколог та медичні сестри;
- міські поліклініки, у штаті яких є різні фахівці;
- диспансери;
- спеціалізовані поліклініки;
- відомчі поліклініки.

Упровадження інституту сімейної медицини перебуває на ранній стадії в державі. Спеціальність лікар загальної практики лише починає впроваджуватися.

У середньому близько 30% первинних звернень по медичну допомогу здійснюються на рівні вище від первинної, хоча відповідні показники в ЄС становлять 8–10% [2].

Розробляються комп'ютерні інформаційні системи щодо пацієнтів, провайдерів, страховиків, послуг і стандартів. Застосовуються методи виплати, які засновані на показниках ефективності роботи. Розширюються права пацієнтів щодо вибору надавачів медичної допомоги й підвищується рівень поінформованості пацієнтів про їх права.

Галузь було реорганізовано в результаті масової децентралізації країни. Розпорядчі повноваження були передані відділам або комітетам охорони здоров'я при регіональних та місцевих органах влади. Вважається, що децентралізація привела до кращого розуміння потреб місцевих груп населення й більш ефективного прийняття рішень, але також до великого розриву між окремими регіонами.

Децентралізація зумовила посилення ролі численних донорів на регіональному та місцевому рівнях, хоча в деяких регіонах децентралізація не дала очікуваних результатів у розвитку політики галузі охорони здоров'я.

Важливо, щоб міжнародна допомога була добре координованою, а результати кожного проекту могли бути використані в інших місцях.

Співробітництво з Великою Британією охоплює ряд проектів. У галузі реалізується на двосторонній основі DFID (Сполучене Королівство), ЮСАІД, програма ТАСІЗ. Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією здійснює значні інвестиції в країні, працюючи з керівництвом країни для вирішення проблем ВІЛ/СНІДу та туберкульозу.

У 2004–2005 рр. Європейське регіональне бюро ВООЗ співпрацювало з Російською Федерацією з 30 різних аспектів зміцнення

системи охорони здоров'я, враховуючи такі: політика в галузі охорони здоров'я та інші елементи управління; охорона здоров'я матері та дитини; боротьба з туберкульозом і профілактика ВІЛ/СНІДу; розробка національної бази даних за показниками стану здоров'я; харчування, тютюнопаління та наркоманія серед підлітків; запобігання насильству і проблемам психічного здоров'я, спричинених стресом; медична допомога при надзвичайних станах; основні лікарські засоби; аналіз екологічного ризику; безпека продуктів харчування [3].

Загальний бюджет для діяльності ВООЗ у Російській Федерації в 2005 р. становив близько 6 млн дол. США.

На 2006–2007 рр. було заплановано такі галузі співробітництва:

- розвиток стійкої системи охорони здоров'я шляхом удосконалення національної політики охорони здоров'я;
- створення та використання фінансових механізмів, які забезпечують доступ до первинної медико-санітарної допомоги;
- надання рекомендацій з підвищення якості, дотримання принципу справедливості та забезпечення ефективності первинної медико-санітарної допомоги;
- підвищення якості національних статистичних даних з питань охорони здоров'я;
- охорона здоров'я матері, дітей та підлітків;
- забезпечення екологічної безпеки (якість повітря і води, безпека продуктів харчування, приділення уваги проблемам дорожньо-транспортного травматизму);
- розробка національних стратегій у галузі боротьби з інфекційними хворобами та харчування;
- розширення масштабів діяльності з боротьби із ВІЛ/СНІДом, враховуючи питання охорони здоров'я у в'язницях [2].

На сьогодні існує кілька систем з надання медичних послуг, що функціонують паралельно. Це призводить до дублювання діяльності та конкурентної боротьби за отримання федерального фінансування.

Медичні кола не бажають проводити перетворення. Зусилля, що спрямовані на реорганізацію амбулаторної та стаціонарної допомоги, нерідко застосовуються розділено й не об'єднані певною стратегією.

Близько 65% коштів, що виділяються на потреби охорони здоров'я в Російській Федерації, використовуються на надання стаціонарної допомоги, тоді як у середньому по ЄС ця цифра становить близько 40% [1].

Необхідно відновити норми і стандарти якості.

Одним з можливих шляхів покращення доступу до підрозділів охорони здоров'я є розвиток реальної конкуренції між надавачами послуг. Водночас зберігається необ-

хідність у проведенні просвітницької роботи серед населення для того, щоб люди розуміли, що вони купують.

Існуюча раніше проблема надмірної централізації вирішується шляхом створення регіональних фондів медичного страхування.

Відповідальність за успішну діяльність із забезпечення належного керівництва несуть як місцеві, так і федеральні органи. Очевидна необхідність у загальнонаціональному підході до питань охорони суспільного здоров'я. Регіональна автономія й довготривале національне планування взаємно не виключають одне одного.

Дотепер основними дійовими особами в проведенні реформ є державні органи влади та науково-дослідні організації. Лікарі й інший медичний персонал не беруть активної участі в цьому процесі.

У документах з проведення реформи стратегічного характеру зазвичай успішно викладені проблеми й визначається мета, далі мають йти пріоритетні завдання та шляхи їх вирішення.

Існуюча колись проблема надмірної централізації вирішується шляхом створення регіональних фондів медичного страхування. Необхідно встановити та підтримувати ефективну взаємодію між новими регіональними структурами.

Роль та обов'язки сторін, що беруть участь на федеральному та регіональному рівнях, мають бути більш чітко визначені. Необхідно явно визначити зони відповідальності за реформу.

Механізми фінансування та набуття послуг, передбачені законом, мають бути повністю реалізовані в усіх регіонах.

У Білорусії система охорони здоров'я після набуття нею незалежності залишилася без змін, оскільки статус-кво повинен перешкоджати виникненню перебоїв у роботі системи надання медичної допомоги [3].

Стандарти медичної допомоги й нормативи медичного обслуговування на всіх рівнях визначаються на національному рівні, але відповідальність за їх виконання несуть місцеві органи влади.

Результати процесу децентралізації виявилися неоднозначними. З одного боку, координація роботи місцевих надавачів медичних послуг дещо покращилась. З іншого – велика незалежність, якої набули місцеві органи самоврядування, може інколи ускладнювати виконання пріоритетних національних програм.

Первинна медична допомога гарантується: у сільській місцевості великою мережею медичних пунктів або здоров'я пунктів, у яких працюють медичні сестри, фельдшери й акушери, або лікарських пунктів, у яких працюють лікарі; у містах первинна медична

допомога населенню надається через поліклініки. Пацієнти приписані до певного лікаря загальної практики незалежно від їх бажання. Продовжує працювати широка мережа поліклінік за місцем роботи. На сьогодні розробляється національний план дій щодо переходу до системи загальної медичної практики як у містах, так і в сільській місцевості.

Населення країни має право на загальну й безкоштовну медичну допомогу. Система охорони здоров'я фінансується на основі обов'язкового загального оподаткування. У країні немає практики виплати внесків у фонд обов'язкового медичного страхування або спеціальних податків на медичне страхування із зарплати. Місцеві керівники несуть відповідальність за збирання загальних обов'язкових податків, визначення рівня асигнувань на охорону здоров'я та розподіл отриманих коштів серед надавачів медичних послуг [1].

З державного бюджету також виділяються певні кошти для проведення пріоритетних програм, спрямованих на боротьбу із соціальними хворобами (злукісні хвороби, цукровий діабет, туберкульоз тощо). Державне фінансування обласних органів охорони здоров'я здійснюється з розрахунку на душу населення, що створює умови для реформування стаціонарного сектора, зменшення кількості лікарняних ліжок і перенесення акценту із стаціонарного на амбулаторне обслуговування. Проте основна частина коштів, які виділяються з бюджету, передбачена для стаціонарної допомоги [3].

Конституція країни гарантує право пацієнтів самим звертатися до лікарів-фахівців. Спеціалізовані амбулаторні клініки, стаціонарні та амбулаторні відділення лікарень надають вторинну медичну допомогу. Цей вид медичної допомоги організовано за територіальним принципом, тому лікарні фінансуються через місцеві органи самоврядування, які також наймають увесь медичний персонал. На цьому рівні домінує така форма медичного обслуговування, як стаціонарна допомога.

Усі установи вторинної й третинної медичної допомоги є державною власністю, але поступово виникають приватні консультації, завдяки чому з'явилися напівприватні поліклініки, які потребують офіційної нормативно-правової бази.

Незважаючи на політичну концепцію загальної практики, основним завданням первинної медико-санітарної допомоги є реальне забезпечення контрольованого та обґрунтованого направлення хворих до лікарів-спеціалістів.

Секторів соціальної допомоги необхідно докласти зусиль для задоволення потреб населення, яке старіє.

Традиційна національна система санітарно-епідеміологічного нагляду відповідає за проведення санітарних інспекцій, екологічний моніторинг і боротьбу зі спалахами інфекційних захворювань.

Функції контролю за наданням населенню медичної допомоги все більше передаються на місцеві рівні. Добровільне медичне страхування дозволено лише для медичних послуг, які належать до категорії основних. Серйозною проблемою є надлишок медичного персоналу.

Органи охорони здоров'я усвідомлюють необхідність раціонального та економічно ефективного застосування лікарських засобів.

Як проходить реформування охорони здоров'я в Білорусії?

У 1990-х рр. галузь успадкувала семашківську структуру охорони здоров'я, яку підтримують максимально. У цілому було змінено законодавство, але зміни в системі управління й фінансування були незначними. У країні спостерігається тенденція до передачі владних повноважень від міністерства охорони здоров'я до виконавчих комітетів на обласному та районному рівнях.

У 1992 та 1996/1997 рр. були спроби впровадити систему соціального медичного страхування. У 1992 р. було зроблено кілька спроб з упровадження системи офіційного страхування, яка базувалася на відрахуваннях з фонду заробітної плати, але ця пропозиція не отримала підтримки парламенту. У 1996–1997 рр. була зроблена друга спроба у зв'язку з проблемою недостатнього державного фінансування охорони здоров'я. Цей проект був заснований на принципах справедливості, солідарності й загальної доступності медичної допомоги. У ньому було запропоновано ряд основних медичних послуг, передбачалися заходи щодо збереження й покращення суспільного здоров'я, приділялася особлива увага розвитку первинної медико-санітарної допомоги. Проте депутати також не ухвалили цей проект. З 1998 р. якихось спроб у цьому напрямі не здійснювалося, всі плани розвитку галузі охорони здоров'я засновані на припущенні, що головним джерелом фінансування галузі будуть загальні податки. У 1998 р. була прийнята національна стратегія розвитку охорони здоров'я, затверджена наказом Ради Міністрів, під назвою "Концепція розвитку охорони здоров'я" [5]. У 1999 р. була прийнята державна програма "Здоров'я нації" на 1999–2005 рр., у якій було підкреслено необхідність міжгалузевого співробітництва для покращення головних показників здоров'я. У 2004 р. у межах підготовки державної програми відродження та розвитку села на 2005–2010 рр. було створено робочу групу з первинної медико-санітарної допомоги і була прийнята система регіональ-

ного фінансування з розрахунку на душу населення. У 2005 р. було прийнято Державну програму відродження та розвитку села на 2005–2010 рр. [3].

З 2004–2005 рр. розпочалася співпраця Регіонального бюро з Республікою Білорусь у таких напрямках: розробка стратегій покращення системи надання медичних послуг та їх якості; реформування системи фінансування охорони здоров'я; розробка національних баз даних з показників здоров'я; оцінювання екологічних ризиків, яких зазнають діти; покращення служб репродуктивного здоров'я, передбачених для молоді; боротьба з туберкульозом за допомогою стратегії DOTS у деяких пілотних регіонах; боротьба з ВІЛ/СНІДом. У 2005–2006 рр. пріоритетними напрямками співробітництва Європейського бюро були:

- покращення медичного забезпечення на первинному та стаціонарному рівнях шляхом інтегрування вертикальних служб (протитуберкульозні служби і служби охорони здоров'я матері й дитини) у сектор первинної медико-санітарної допомоги;
- зміцнення нормативно-правової бази фармацевтичного сектора;
- покращення якості та безпеки служб крові;
- посилення роботи у сфері зміцнення здоров'я й профілактики неінфекційних хворих;
- співпраця з підвищення безпеки життя, профілактика травматизму та дорожньо-транспортних пригод [2].

З часу незалежності на експериментальній основі було апробовано різні підходи, деякі з яких передбачали встановлення напівринкових домовленостей між надавачами медичних послуг і тими, хто їх оплачує.

Специфічним підходом для країни є тестування різних нових моделей фінансування та управління службами охорони здоров'я в межах окремих пілотних проектів.

Останні роки характеризуються стабільністю, а також підтримкою практики забезпечення всього населення безкоштовною і справедливою медичною допомогою.

Міністерство охорони здоров'я взяло на себе зобов'язання впровадити реформи, які поширять роль первинної медико-санітарної допомоги, а також дадуть змогу впровадити нову систему оплати праці лікарів загальної практики. Основним принципом намічених реформ є посилення загальної практики.

У межах реформування також було докладено зусиль для створення системи оплати праці медичних співробітників з урахуванням якості та обсягу їх діяльності.

До цього часу система охорони здоров'я в цілому справляється зі своїми завдання-

ми. Їй вдалося уникнути будь-яких серйозних проблем з наданням медичної допомоги населенню. Однак у зв'язку з покращенням економічного клімату в країні виникає завдання подальшого, дуже необхідного розвитку системи охорони здоров'я, яке повинно базуватися на покращенні таких ключових складових охорони здоров'я, як ефективність, координація та фінансування.

Концепція реформування охорони здоров'я країни має політичну підтримку. Великий досвід, накопичений за 18 років труднощів, показує, що у випадках, коли реформи проводять недостатньо продуктивно й обережно, цей процес може бути пов'язаний з потенційними обмеженнями, прихованим опором і ризиком руйнування існуючої системи медичної допомоги.

Знання, нагромаджені в цій галузі, є цінним ресурсом, який полегшує пошук найближчих та довготривалих шляхів вирішення проблем, що стоять перед охороною здоров'я.

Охарактеризуємо державну політику, стан та процеси реформування галузі охорони здоров'я ще однієї колишньої республіки Радянського Союзу – Молдови.

На початку перехідного періоду в країні була велика мережа амбулаторних служб, служб базового медичного обслуговування та спеціалізованих лікарень. Це було домінуючим у системі охорони здоров'я. Але ця мережа була значно скорочена. Зараз усі лікувально-профілактичні установи на районному рівні об'єднані в одне юридичне об'єднання, що не дуже ефективно ні з погляду фінансування, ні з погляду ефективності сектора первинної медико-санітарної допомоги. А на національному рівні це ще необхідно зробити.

Реформуванню охорони здоров'я приділяється велика увага, але соціальні, політичні та макроекономічні фактори уповільнюють процеси реформування. Функції прийняття стратегічних рішень і планування передаються обласним органам охорони здоров'я, проте їх потенціал у цій галузі потребує підвищення.

У Молдові прийнято національний план дій щодо модернізації системи епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, але відсутня національна політика зі зменшення впливу факторів ризику, пов'язаних зі стилем життя людей.

У 1995 р. було прийнято закон про охорону здоров'я, де вказано на необхідність проведення реформ охорони здоров'я, запровадження нових фінансових механізмів і покращення управління службами, а також передбачено певний ступінь приватизації в галузі охорони здоров'я. У 1997–2003 рр. було відпрацьовано національну стратегію реформування й розвитку системи медич-

ного забезпечення. У 1999 р. було прийнято закон про гарантований мінімальний пакет безкоштовної медичної допомоги, а також врегульовано тарифи на оплату медичних послуг. Крім того, розпочато процес децентралізації медичного забезпечення, а також ухвалено план реструктуризації стаціонарного сектора зі зменшення вторинної та третинної медичної допомоги в системі медичного обслуговування населення. З 2001 р. фінансування перейшло із системи кількості лікарняних ліжок на систему на душу населення. Із січня 2004 р. у країні базові медичні послуги надаються населенню в межах системи обов'язкового медичного страхування, яку було впроваджено на національному рівні як основний механізм фінансування системи охорони здоров'я. Національна компанія медичного страхування підзвітна уряду, а міністр охорони здоров'я і соціального захисту виконує функції її представника [1].

У травні 2004 р. парламент прийняв стратегію розвитку країни зі стимулювання економічного зростання та зменшення бідності на період 2004–2006 рр. Основа мета стратегії включає в себе: покращення доступності і якості медичної допомоги, підвищення ефективності використання фінансових ресурсів, забезпечення функціонування системи обов'язкового медичного страхування, подальший розвиток служб первинної та невідкладної медичної допомоги. Одним з найважливіших завдань є забезпечення координації та взаємодоповнювальної допомоги, що надається Молдові різними донорами [1].

До проведення реформи право на медичне обслуговування було засноване на принципі громадянства, а тепер воно базується на внесках, що роблять самі люди або від їх імені. У населення, яке працює, 4% від заробітної плати відраховується на медичне страхування, що становить лише 30% загального бюджету вищезазваної кампанії. Більшу частину – 60–65% – становлять відрахування з бюджету на страхування певних груп населення (діти, безробітні, пенсіонери тощо) [2].

Держава забезпечує лише мінімальний пакет медичної допомоги для незастрахованого населення. Функції первинної ланки охорони здоров'я (лікарів загальної практики) полягають у наданні первинної медичної допомоги та направленні пацієнтів на консультації до лікарів-фахівців вищого рівня.

Одним з позитивних результатів нової системи є підвищення та стабілізація державного фінансування.

Забезпечення населення первинною медико-санітарною допомогою входить в обов'язки обласної адміністрації, і ця допомога надається через мережу клінік і

центрів охорони здоров'я, які пропонують обмежений набір діагностичних, вакцинопрофілактичних, невідкладних та екстрених послуг. Передбачається, що ця ланка має надавати певний мінімальний набір послуг, але поки що цієї мети не досягнуто.

Також медичну допомогу надають приватні лікарні та кабінети при поліклініках (6%).

У державі пріоритетна увага приділяється сімейній медицині. Первинна медико-санітарна допомога – це основне питання державного плану реформування. Забезпечення установ первинної медико-санітарної допомоги обладнанням, медикаментами та фінансовими коштами для виплати заробітної плати медичному персоналу має бути адекватним.

Служби спеціалізованої медичної допомоги продовжують концентруватися в столиці, а у зв'язку з дублюванням деяких видів медичного обслуговування постає питання забезпечення їх якості. Необхідно збалансувати кадрові та мережеві ресурси в містах та сільській місцевості.

Не лише Міністерство охорони здоров'я і соціального захисту, а й деякі інші міністерства та відомства мають паралельні медичні служби. Реформи у фінансуванні охорони здоров'я створили стимули для реструктуризації системи медичного забезпечення.

Важливою метою в реформуванні є подальше посилення консенсусу та координації серед осіб, що приймають відповідальні рішення.

Починаючи з 1994 р., Молдова тісно співпрацює з Європейським регіональним бюро на період до 2005 р. з таких питань, як: охорона репродуктивного здоров'я, а також здоров'я матері й дитини; контроль та профілактика неінфекційних захворювань, а також оцінювання якості води; сертифікація країни як території, вільної від поліомієліту; створення національного каталогу основних лікарських посередників; створення національної інформаційної системи охорони здоров'я та підготовка керівників і осіб, що визначають політику, із використання даних; боротьба з туберкульозом та ВІЛ/СНІДом [3].

На 2006–2007 рр. основні заплановані спільні дії будуть запроваджені в таких напрямках: відпрацювання стратегічних рекомендацій щодо реформування системи фінансування охорони здоров'я; оцінювання діяльності системи охорони здоров'я; планування кадрових ресурсів; здійснення ініціативи із забезпечення безпечної вагітності з урахуванням національної стратегії охорони репродуктивного здоров'я населення; покращення лікувально-профілактичної та медико-соціальної допомоги особам, які живуть з ВІЛ/СНІДом; більш активне впровадження стратегії DOTS з метою посилення боротьби з туберкульозом; боротьба з неі-

нфекційними хворобами (боротьба проти тютюну, скринінг на рак шийки матки, профілактика самогубств, насилля і травматизму); задіявання персоналу первинної ланки охорони здоров'я до лікування найбільш поширених патологій; забезпечення безпеки водопостачання питної води; зміцнення національного потенціалу покращення кризи охорони здоров'я; забезпечення безпеки крові.

#### IV. Висновки

Аналіз міжнародного законодавства та нормативно-правових актів з питань психічного здоров'я свідчить про його регламентацію рядом нормативно-правових документів міжнародного та регіонального рівнів. Хоча разом з тим це відображено у визначальних документах міжнародного рівня, зокрема у ст. 12 Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, у ст. 24 Конвенції – про права дитини. Більшість країн, що розвиваються, віддають перевагу боротьбі з малюковою й дитячою смертністю, ставлячись до психічного здоров'я як до недозволеної розкоші.

Таким чином, аналіз міжнародного законодавства з питань психічного здоров'я свідчить про кодифікацію права на його збереження й відновлення в ряді нормативно-правових актів, виданих під егідою Організації Об'єднаних Націй, Ради Європи, Всесвітньої організації охорони здоров'я, Всесвітньої психіатричної асоціації тощо. Значну увагу проблемам психічного здоров'я приділено в резолюціях, деклараціях, схвалених міжнародними конференціями з питань охорони здоров'я. Поряд із цим реалізація цього права в багатьох країнах світу стикається з певними труднощами, що викликає стурбованість міжнародних організацій.

#### Література

1. Москаленко В.Ф. Право на здоров'я (охорону здоров'я) в основних міжнародних нормативно-правових актах / В.Ф. Москаленко // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 2. – С. 5–12.
2. Москаленко В.Ф. Право на охорону здоров'я у нормативно-правових актах міжнародного та європейського рівня / В.Ф. Москаленко, Т.С. Грузєва, Г.В. Іншакова. – К. : Книга-плюс, 2006. – 354 с.
3. Солоненко Н. Міжнародні тенденції державної політики та управління реформуванням у галузі охорони здоров'я / Н. Солоненко, І. Солоненко // Вісник УАДУ. – 2001. – № 1. – С. 187–194.
4. Aucoin P. Theory and Research in the Study of Policy-Making // The Structures of Policy-Making in Canada / Ed. By G. Doern, P. Aucoin Aucoin. – Toronto : Mc Millan Company Limited, 1971. – P. 10–38.

5. Holtrust, N.A.C., Hendriks and D.M.J. Bau-  
duin (eds) De detekenis van artikel 12  
vrouwenverdrag voor Nederland: gezond-  
heid als recht [The implications of Article 12

Women's Convention for the Netherlands:  
Health as a Right]. – Den Haag : Yugo,  
1996. – P. 68–70.

УДК 35.075

## АНАЛІЗ НАВЧАЛЬНИХ ПРОГРАМ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ЄВРОІНТЕГРАЦІЇ

**Акімов О.О.**

аспірант Національної академії державного управління НАДУ при Президентіві України

### Annotation

This article is devoted to the necessity of all ways of learning psychological base of ready-made to the professional activity of all categories and which is necessary for effective way of fulfillment of practical, tasks, which is oriented for realization of policy for European integration.

These tasks forced us develop transnational systems of education state officers which includes educational, professional and political goals.

The author is clarifying the role of developing of statesman to the professional activity and defining some basement of psychological ready-made and characterizing some functions of statesman in the context of demands of European governor.

### Анотація

У статті обґрунтовано необхідність аналізу навчальних програм підготовки державних службовців, усебічного вивчення психологічних основ готовності до професійної діяльності державних службовців різних рангів і категорій. Зазначена обставина зумовила розробку транснаціональних систем підготовки державних службовців, що охоплювала освітні, професійні та політичні цілі. Розкрито роль розвитку готовності особистості державного службовця до професійної діяльності, проаналізовано навчальні програми підготовки державних службовців, визначено чинники й основи психологічної готовності, схарактеризовано особистісні функції фахівця в контексті вимог європеїзації державного управління.

### Ключові слова

Психологічна готовність, професійна діяльність, психологічний фактор, навчальні програми підготовки, особистісні функції, державна служба, управлінська діяльність, професійний розвиток, європейська інтеграція, управлінський досвід.

### I. Вступ

Державному службовцю в процесі виконання службово-посадових обов'язків необхідно постійно гнучко реагувати на зміни в середовищі, а значить, бути психологічно

готовим до різноманітних нововведень. Отже, суперечність полягає в тому, що професійна діяльність державних управлінців в умовах європейської інтеграції не завжди постає у "формі нормативно ухваленого способу діяльності, в якому узагальнено й закріплено досвід попередників". Значною мірою на особистість державного службовця діють вимоги, зумовлені європеїзацією вітчизняного державного управління. Різноманітність напрямів впливу не лише викликає нерівномірність перебігу євроінтеграційних процесів в Україні, а й спричинює зміни в характері та змісті завдань для органів виконавчої влади.

Державний службовець як провідник державної євроінтеграційної політики виступає фактором збурення двох систем – державного управління та суспільства, а значить, впливає на процеси щодо їх удосконалення з позицій європейського виміру. Зазначене повертає до розгляду психологічної готовності та навчання державних службовців працювати в євроінтеграційних умовах у контексті розвитку їх особистості. Разом з цим і державний службовець, і процеси європейської інтеграції співіснують в умовах соціально-економічної та політичної нестабільності, ризику й невизначеності українського соціуму як системи.

Професійне навчання та готовність має інтегративний характер й охоплює функціональну, емоційну та особистісну взаємозалежні й взаємозумовлені підструктури.

Реалізація євроінтеграційної політики вимагає від державного службовця генерування нових ідей і нестандартних рішень, нестандартних підходів до втілення стандартних рішень, потребує розробки нових напрямів роботи в рамках виконання тих чи інших міжнародних домовленостей України. І звичайно, налагодження діяльності охоплює прогнозування очікуваного результату, формування його майбутнього образу.

### II. Постановка завдання

Мета дослідження полягає у висвітленні основ розвитку особистості та аналізі навчальних програм підготовки державних