



KAPITEL 3 / CHAPTER 3³
**PROBLEMS OF IMPROVING THE MENTAL HEALTH OF THE
POPULATION OF UKRAINE AND THE PECULIARITIES OF THEIR
SOLUTION AT THE CURRENT STAGE**

DOI: 10.30890/2709-2313.2022-11-01-001

Вступ

Реформування систем охорони здоров'я в різних країнах відбувалось різними шляхами та в різний час. Все залежало від головних чинників державної політики кожної країни, таких як соціально-економічні умови розвитку країни, достатнє фінансування системи охорони здоров'я (СОЗ), введення обов'язкового/добровільного медичного страхування, які кардинально змінювали та покращували показники стану здоров'я їх населення та матеріально-технічну базу системи охорони здоров'я країни [12, 28, 34]. Багато українських науковців постійно наголошують на тому, що проблема довготривалої реформи СОЗ України пов'язана з тим, що Україні у спадок від УРСР залишилась недієздатна «Семашківська» модель охорони здоров'я [1,13]. Дійсно, якщо взяти будь яку країну, до прикладу: США, Великобританію, Бельгію, Польщу, Угорщину, Іспанію, держави пострадянського простору: Литву, Грузію, Естонію, Латвію то також можна прослідкувати важкий шлях проведення реформи СОЗ, однак, темпи позитивних змін та результати істотно відрізняються від України [29, 30]. Причина не в тому, що успадковано, а в рішучих прагненнях державної політики до реального здобуття кращих змін та надійному фінансуванні СОЗ, а не декларативні, дискусійні, іноді навіть дещо спекулятивні прагнення реформувати СОЗ, яка триває третє десятиліття і створила стійкий стереотип тривалої депресії у медичній галузі України та зневіру у можливості завершення довготривалої реформи СОЗ. Широкомасштабних зрушень у реформі СОЗ до 2017 року не проводилося, лише в окремих секторах, відмічались зміни переважно локального і фрагментального характеру. При цьому постійна підтримка/консультація і прагнення ЄС розпочалась ще у 2001 році, коли за підтримки фонду

³*Authors: Chorna V.V., Khliestova S.S., Serebrennikova Oksana Anatolievna, Serheta Ihor Volodimirovich*



«Відродження» були запропоновані конкретні напрямки у реформуванні СОЗ України, а також під егідою Європейською комісією та Світовим банком у 2004-2005 р.р., коли були надані рекомендації Уряду України щодо інструментів запровадження нових/надійних механізмів фінансування СОЗ. Протягом 2002-2009 р.р за підтримки авторитетних міжнародних організацій: Світовим банком, «ЮНІСЕФ», ООН, Європейською комісією запропонована низка міжнародних проектів, які були покладені в основу багатьох нормативних актів, і один із основних – це Концепція розвитку охорони здоров'я населення України (№ 1313/2000 від 07.12.2000 р.), що на даний час потребує доопрацювання/доповнення. В Україні прийнято багато законів, концепцій, програм відносно проведення реформи СОЗ для надання якісної медичної допомоги та покращення психічного, фізичного і соматичного здоров'я населення, проте відсутня належна фінансова підтримка держави відповідно до вимог сьогодення та вимог ЄС [14, 19].

Найсуттєвіший крок у реформуванні СОЗ України стався коли було прийнято Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII за 2017 р. та Постанову Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» № 1101-2017-п від 2017 р., які сприяли укладанню договорів з надавачами медичних послуг, розвитку організаційної структури з міжрегіональними департаментами тощо.

Для надання нових/дієвих стратегічних рекомендацій ВООЗ разом зі Світовим банком у 2019 році провів аналіз реформи фінансування системи охорони здоров'я України за 2016-2019 р.р. та запропонував головні напрямки для покращення і продовження реформ в сфері охорони здоров'я: автоматизація надавачів медичних послуг та збільшення ролі місцевих органів самоврядування як власників закладів охорони здоров'я; впровадження стратегічних закупівель медичних послуг; оцінка перетворень на рівні первинної медичної допомоги з використанням електронної системи охорони здоров'я; розробка чітко визначеного гарантованого пакету медичних послуг; реформування стаціонарного сектору з формуванням госпітальних округів в кожній області [4, 5, 20, 27, 28].



Під час пандемії COVID-19 виникла висока чутливість, залежність стану здоров'я людей до стану матеріально-технічної, діагностичної, лікувальної бази медичної сфери і віддзеркалила достатньо критичний стан СОЗ України. Ця ситуація вимагала вироблення єдиної державної політики та суттєвих, нових, рішучих змін у СОЗ України. Реформування охорони здоров'я загалом та, насамперед, охорони психічного здоров'я є невід'ємною частиною у політиці держави у напрямку підвищення рівня добробуту населення, створення належних умов праці, підвищення якості медичних послуг та їх доступності в будь-якому регіоні України, підвищення стимулів для здорового способу життя та постійної профілактичної роботи на зниження зловживання алкоголю, тютюну, наркотичних речовин та інших шкідливих звичок, зниження рівня смертності, загальної захворюваності і соціально небезпечних захворювань, інвалідності та покращення психічного здоров'я, збільшення середньої тривалості життя людини [29, 32, 34].

Головною метою роботи був поглиблений розгляд проблем покращення психічного здоров'я населення України та аналіз особливостей їх вирішення на сучасному етапі. Натомість теоретична і практична значущість дослідження полягає у визначенні основних напрямків інтеграції СОЗ України до СОЗ ЄС з використанням існуючого досвіду у реформуванні системи охорони психічного здоров'я населення держави.

3.1. Аналіз нормативно-правової основи охорони психічного здоров'я в Україні в порівнянні з країнами ЄС

Відповідно до статей 3, 22, 49, 64 Конституції України держава повинна забезпечити правами і свободою, безоплатною медичною допомогою і медичним страхуванням населення. Так, у ст. 3 підкреслюється, що «Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визначаються в Україні найвищою соціальною цінністю», у ст. 22 встановлено, що конституційні права і свободи гарантуються і не можуть бути скасовані. При прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається



звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод», у ст. 49 визначається «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 ЗОЗ медична допомога безоплатна і, отже, існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена, а права і свободи людини і громадянина не можуть бути обмежені в умовах воєнного або надзвичайного стану на зазначений строк дії цих обмежень» [15]. Але за останні роки та сьогодні громадяни України не отримують безоплатну якісну медичну допомогу, яку гарантовано Конституцією України. Витрати «з власних кишень», у % до всіх витрат на охорону здоров'я за 2016 рік складають: у Франції – 9,8%, у США – 11,1%, у Великій Британії – 15,1%, в Україні – 54,3%.

Міжнародним медичним корпусом за підтримки групи Світового банку при опитуванні домогосподарств сплата за фармацевтичні засоби пацієнти, які знаходились на стаціонарному лікуванні «з власної кишені» склала – 90,7 %. За рішенням Конституційного Суду України від 29.05.2002 р., 2008 р., (№20-рп/2008), 2011 р. (20-рп/2001), 2012 р. (№3-рп/2012р.) зазначено, що «безоплатна медична допомога» держави невзможі забезпечити громадян України і залежить від соціально-економічних, фінансових можливостей держави. В країнах ЄС національну парадигму «медичних послуг» змінили ще у ХХ столітті шляхом проведення багатьох реформ: деінституціоналізації (скорочення лікарень, лікарняних ліжок, створення госпітальних округів), введення медичного страхування тощо [28, 29, 35].

Нормативно-правове забезпечення у наданні медичних послуг, особливо у наданні медичних послуг пацієнтам з психічними розладами в Європейських країнах передбачені міжнародними та внутрішньодержавними актами.

У 1948 році Уряди держав членів Ради Європи підписали Конвенцію «Щодо захисту прав людини і основоположних свобод». Конвенцією в статтях 1-5 передбачено: поважати права людини/пацієнта, а особливо ставлення до



пацієнтів з психічними розладами, право на життя, заборону катування людини/пацієнта або нелюдське ставлення, заборону рабства і примусової праці пацієнтів, прав на свободу та особисту недоторканність пацієнтів в будь яких умовах. Це актуально на сьогодні щодо пацієнтів з психічними розладами, які перебувають на стаціонарному лікуванні. За даними Міжнародного медичного корпусу, за підтримкою Світового банку 90 % фінансування направлялось на стаціонарне лікування пацієнтів з психічними розладами в Україні [16, 21].

У зазначеній резолюції ВООЗ, Ради Європи, ЄС, велика турбота приділена питанням зміцнення психічного здоров'я населення планети, яке є актуальною до наших днів, була підписана (Гельсінська декларація 994_055) главами 35 держав у столиці Фінляндії Гельсінкі, в тому числі і СРСР [6].

Одна із головних, доленосних декларацій для країн Європейського союзу є Гавайська декларація Всесвітньої психіатричної асоціації (1983 р.), в якій акцент обов'язків лікарів психіатрів при лікуванні пацієнтів з психічними розладами націлений на забезпечення довіри пацієнта, забезпечення конфіденційності з боку лікаря, спільний контакт з родичами лікаря, який надає медичну допомогу їх родичу, постійне спілкування/інформування пацієнта та його родичів щодо хвороби, способи лікування та препарати, які назначені, при цьому лікар не повинен порушувати прав пацієнта з психічними розладами і ніколи не проводити досліди будь-якими методами над пацієнтами (дата набрання чинності для України 06.03.2010р.) [2].

У 1989 році відбувся VIII Всесвітній конгрес психіатрів у Афінах, на якому було прийнято основне положення Всесвітньої психіатричної асоціації (ВПА) за останні шість років щодо прав та юридичного захисту пацієнтів з психічними розладами, погоджений Генеральною асамблеєю ВПА та визначений зв'язок з'єднання з новоствореним Економічно-соціальним комітетом (через Комісію ООН людини). Це положення (995_871) продовжує і доповнює Гавайську декларацію (995_872), яка відображає основні принципи щодо прав пацієнтів з психічними розладами: особи з психічними розладами мають право на свободу як і інші люди, вони не повинні бути об'єктом дискримінації на підґрунті їх захворювання, повинні бути проінформовані щодо лікування та прав на апеляцію і мають права особисто бути присутнім при слуханні на суді, мати



кваліфікованого опікуна/омбудсмена, мати право на отримання професії, гуманну і достойну медичну допомогу з дотримання бажання пацієнта і встановлення діагнозу згідно з міжнародно прийнятими медичними стандартами. Ці документи були спрямовані на дії, які відбувалися з 70-90 р.р. в СРСР по відношенню до ув'язнень дисидентів у психіатричних лікарнях, за що у 1983 році радянська асоціація психіатрів була виключена із ВПА [22].

Генеральною Асамблеєю ООН у 1992 році була прийнята резолюція 46/119 «Защита лиц с психическими заболеваниями и улучшение психиатрической помощи», в якій зазначено, що: вони мають право на медичну і соціальну допомогу для підтримки здоров'я, на реабілітацію, трудотерапію, на здійснення всіх цивільних, політичних, економічних, соціальних і культурних дій, на адвоката, на життя і працю у громаді, на конфіденційність, за будь якої праці отримувати грошову оплату. В країнах ЄС лікування кожного проводиться індивідуально і обговорюється як з хворим, так і з родичами або опікуном і обов'язково змінюється за відповідної потреби під час лікування, яке направлено на повернення пацієнта в громаду [25, 29].

Фундаментальними міжнародними документами щодо прав пацієнта є Лісабонська декларація ВМА про права пацієнтів (Всесвітня міжнародна асоціація – 1981 р.); Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнтів в Європі – 1994 р.; «Конвенція про права людини і біомедицину» Ради Європи – 1996 р.; Хартія основних прав ЄС, яка у ст.6 декларує право людини на безпеку і доступ до медичного обслуговування та медичної допомоги для досягнення високого рівня охорони здоров'я; Програма ВООЗ з безпеки пацієнтів (Всесвітнього альянсу за безпеку пацієнтів – 2004 р.); Програма ВООЗ 2008-2009 р.р. щодо боротьби за безпечну медичну допомогу у світі [29].

За ініціативою ВООЗ (2007 р.) на X конференції Європейських національних координаторів щодо охорони психічного здоров'я було розроблено «План спільних дій для підвищення ефективності національних програм реформування систем охорони психічного здоров'я нових незалежних держав» та прийнята нова «Меранська декларація ВООЗ про психічне здоров'я в країнах, що утворилися після розпаду СРСР» для новостворених незалежних



держав: Азербайджану, Грузії, Білорусії, Киргизстану, Молдови, Таджикистану, Туркменістану, Узбекистану, України. Ця декларація закликала пострадянські країни спільно з Європейським регіональним офісом ВООЗ проводити заходи щодо реформування національних систем охорони психічного здоров'я та дотримання головних пріоритетів національної політики: це, в першу чергу, надійне фінансування служби охорони психічного здоров'я для всіх вікових верст населення (діти, дорослі, люди похилого віку), дотримання мультидисциплінарного і біопсихосоціального підходу при лікуванні пацієнтів з психічними розладами, підготовка кадрів на всіх рівнях СОЗ, викорінювання/знищення явища стигматизації в СОЗ, первинну медичну допомогу слід надавати медико-психологічну/соціальну допомогу з початковими ознаками тривожного та депресивного реагування, предикторами емоційного вигорання за місцем постійного проживання задля швидкого повернення особи до суспільства/громади [3].

За даними ВООЗ, майже 300 мільйонів населення світу пережили тяжкі депресії, із них 76-85% не мають доступу до надання медичної, психологічної, соціальної допомоги, але страшніше те, що кожного року від цього близько 800 тис. осіб здійснюють самогубством на нашій планеті, і частіше – це молодь у віці 16-30 років. ВООЗ постійно розробляє комплексні плани дій для кожної країни окремо щодо надання комплексних, соціальних, інтегрованих послуг в громадах особам, які потребують допомоги. Так, на 66-й Всесвітній Асамблеї (2013 р., Женева) був прийнятий Комплексний план на 2013-2020 р.р. щодо глобальних та національних дій з питань зміцнення психічного благополуччя населення планети, вирішення проблем, які призвели до збільшення захворювань на психічні розлади і стали тягарем кожної держави, а особливо в країнах з низьким рівнем доходу і може досягти третього місця серед захворювань до 2030 року [17, 29].

У «Атласі психічного здоров'я» ВООЗ проводить щорічний аналіз показників, які впливають на здоров'я населення кожної країни та залежать від надійного/адекватного інвестування системи охорони психічного здоров'я. Країни з низьким рівнем доходу витрачають 1% бюджету на охорону здоров'я в порівнянні з країнами з високим рівнем доходу до 5%, на прикладі у США



кожний вкладений долар у лікуванні депресії повертає державі до чотирьох доларів зв'язку з скороченим часом лікування і покращенням здоров'я і поверненням працездатності людини [28, 30].

3.2. Ситуація сьогодні щодо реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні

На сьогодні кількість осіб із психічними розладами в Україні досягла 1,2 млн., із них 700 тисяч мають алкогольну залежність, 70 тисяч – наркотичну залежність. Близько 30% населення України впродовж життя страждають на психічні розлади, а за останні роки під час пандемії COVID-19 їх число зросло ще більше [24,33]. За статистичними даними, смертельні випадки через самогубства впродовж трьох останніх років (2019-2021 р.р.) поступово зменшились з 1,07% до 0,85%, але при цьому перевищують показники у Європейських країнах і знаходяться у числі перших 25 країн світу. Водночас показники поширеності розладів психіки та поведінки за період 2011-2018 р.р. збільшились на 4,2% .

З 2000 року в Україні діє Закон «Про психіатричну допомогу» (зі змінами). У ст. 1 цього Закону передбачене надання комплексу спеціальних заходів, спрямованих на обстеження, діагностику, лікування, реабілітацію осіб з психічними розладами. При цьому фінансування на проведення реабілітації не забезпечує заклади. Проте у преамбулі Закону йдеться «Про правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою виходячи із пріоритету прав і свобод людини, обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту, навчання осіб, які страждають на психічні розлади, здійснення соціального захисту та навчання пацієнтів, які страждають на психічні розлади», що сьогодні не реалізовані в підзаконних актах та на місцевому рівні.

Законом України від 2017 року «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги»



передбачені доповнення щодо припинення застосування примусових заходів медичного лікування, системи заходів, спрямованих на отримання професіональних знань та навичок, які необхідні для повноцінного життя у суспільстві та самообслуговування. Законом передбачено належне фінансування для забезпечення якісної психіатричної допомоги населенню, виконання державно-цільових програм в повному обсязі [7, 8, 29].

Політика з охорони психічного здоров'я в Україні протягом часів незалежності переважно носила декларативний характер і кожна наступна концепція проводила аналіз попередньої, а конкретних дій не передбачала: Концепцією на 2006-2010 р.р. Державною цільовою комплексною Програмою розвитку охорони психічного здоров'я, в якій відображенні проблеми, пов'язані з неефективністю психіатричної допомоги пацієнтам з психічного розладами, Концепцією до 2020 року Державної програми охорони психічного здоров'я, в якій було проведено аналіз походження проблем, пов'язаних з неефективністю психіатричної допомоги, та способів вирішення проблем, Концепцією до 2025 року Національною програмою охорони психічного здоров'я в Україні, котра визначила проблеми та труднощі, обґрунтувала програми для ефективної/дієздатної системи охорони психічного здоров'я, яка повинна функціонувати в уніфікованому міжвідомчому просторі, захищати права осіб з психічними розладами. В Концепції до 2030 року «Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» передбачено шляхи подолання численних проблем у сфері психічного здоров'я: проведення відповідності національного законодавства у сфері охорони психічного здоров'я, моніторингу прав людини, забезпечення фінансування охорони психічного здоров'я, а особливо вторинну та третинну медичну допомогу, подолання стигматизації, дискримінації, порушень прав психічно хворих, здійснення профілактичних заходів для дітей і підлітків, літніх людей та ветеранів військових дій та проведення деінституціоналізації (скорочення лікарень, ліжок, створення госпітальних округів, мультидисциплінарні команди в кожному регіоні), розроблення типових положень про Центри психічного здоров'я, мобільні бригади, Центру спільного проживання, а не інтернатні заклади, які себе дискримінували, а також питанню надання соціальних і



трудоуслуг реабілітації для пацієнтів з психічними розладами. Нажаль, термін виконання цієї концепції складав 2018-2020 р.р. При цьому всі заходи, які були заплановано в повному обсязі не виконано. У Розпорядженні КМУ «Про затвердження плану заходів на 2021-2023 р.р. з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» від 06.10.21р. за № 1215-р не враховані ті заходи, які не реалізовані у вказаний термін 2018-2020 р.р., а нові на 2021-2023 р.р. склали із 14 пунктів і відсутній саме головний – фінансування з яких джерел. Це підтверджується у Концептуальній записці 2020 року Експертної комісії Всесвітньою психіатричною асоціацією щодо кризи психічного здоров'я в Україні, що в Україні спостерігається нераціональне/недостатнє фінансування, застаріла структура надання психіатричної допомоги (акцент на стаціонарне лікування, при цьому в країнах ЄС на психосоціальну підтримку) потребує європейської/світової моделі, відсутня або недостатня взаємодія з іншими системами, наприклад, соціальною, освітньою, юридичною, релігійною, з міжнародними та громадськими організаціями тощо. Недостатня робота проводиться в медійній політиці стосовно осіб з психічними або будь-якими іншими порушеннями у стані здоров'я [14, 18, 26, 29, 30].

3.3. Шляхи покращення системи охорони психічного здоров'я в Україні з використання іноземного досвіду. Госпітальні округи

Застаріла «Семашківська» модель надання медичної допомоги СОЗ потребує заміни. Протягом останніх 10 років (2011-2021 р.р) кількість закладів психіатричного профілю різко скоротились – від 85 психіатричних лікарень із загальною кількістю ліжок – 42185 до 58 психіатричних лікарень із загальним ліжковим фондом – 26915, а належного «терапевтичного/цілющого середовища» (за вимогами європейських країн) в закладах, які побудовані у XVIII-XIX столітті не створено.

Найголовнішим кроком у реформі СОЗ слід вважати Концепцію реформи місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні, яка



відображена у Законах «Про співробітництво територіальних громад» 2014 р. № 34, «Про добровільне об'єднання територіальних громад» 2015 р. № 13. За шість років реформи в Україні було створені 1070 ОТГ.

У 2020 році прийнятий Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо визначення територій та адміністративних центрів територіальних громад» за № 562-IX, який остаточно затвердив 1470 територіальних громад для формування оптимальної мережі закладів первинної ланки, забезпечення доступності та якості медичної допомоги на всіх рівнях, забезпечення належного оснащення, забезпечення кваліфіковано-мотиваційними медичними кадрами, надійне фінансування із різних джерел.

На прикладі Вінницької області із 29 районів залишилось 6, із яких склали 63 територіальних громади з кількістю населення 1545416, які обслуговують 57 ПМСД (центри первинної медико-санітарної допомоги), 39 – вторинного рівня, 32 – третинного рівня (високоспеціалізовані заклади). Реформу потрібно починати з конкретного міста, району, області [9-11, 31].

Для покращення медичної допомоги Урядом України підготовлена постанова «Деякі питання створення госпітальних округів» від 2019 р. за № 1074, яка передбачає створення госпітальних округів для надання якісної, комплексної, безперервної медичної допомоги населенню відповідній території з сучасною матеріально-технічною базою. Події пандемії принесли не тільки негативні наслідки, але й сприяли покращенню матеріально-технічної, лікувальної, діагностичної бази у багатьох лікувальних закладах СОЗ. При створенні госпітальних округів лікарі отримають наступне: автономізацію медичного закладу, фінансову мотивацію за інтенсивність і якість праці, мотивацію професійного вдосконалення, покращення укомплектованості робочих місць, розвиток новітніх технологій, покращення матеріально-технічної бази закладу, що отримає пацієнти: доступність і зручність інтегрованої медичної допомоги, чітке визначення відповідальності, можливість самостійно вибрати лікаря, кращі умови перебування в лікарні, доступність до реабілітаційного та відновного лікування, отримання державних пакетів – «більше здоров'я за ті самі гроші», «маршрут пацієнта» та інше [23, 26].



Ми пропонуємо нову модель надання психолого/психіатричної допомоги на різних рівнях надання якісної медичної допомоги особам з психічними розладами (згідно МК-10, 11: розлади психіки та поведінки (F00-F99) від органічних, соматичних психічних розладів, депресії, тривожні стани, «хронічний синдром на робочому місці, з яким працівник своєчасно не впорався» – це розлади адаптації (F43), вигорання (Z73.0), неврастенія (F48), до неуточненого психічного розладу які повинні отримувати лікування не лише в психіатричних лікарнях, які були побудовані у XVIII-XIX столітті, і в яких після лікування на все життя залишиться ярлик «психічно хворий». Тому ми пропонуємо наступну модель на різних рівнях надання медичної допомоги, ураховуючи взаємодію між рівнями надання медичної допомоги окремими службами з вторинними рівнями надання психіатричної допомоги рис.1.



Рисунок 1. Схема надання медичної допомоги особам з порушенням психічного здоров'я на різних рівнях системи охорони здоров'я

(складено авторами)

- на базі ПМСД створення центру Психічного здоров'я, як в країнах ЄС як окремої структури (в склад входять психологи, психіатри, соціальні працівники, працівники громади та релігійних конфесій). Особи з психічними розладами на цьому етапі отримують лікування за місцем проживання, при



складних, гострих/кризових станах пацієнти направляються на II ланку для лікування. У разі загострення хронічних захворювань на психічні розлади виїжджають мультидисциплінарні мобільні бригади, які оцінюють стан і направляють хворого в заклад наступного рівня;

- на базі другої ланки (РЦПЗ) – окремі відділення;

- на базі третьої ланки (окремі відділення високоспеціалізованої лікарні, університетські лікарні, в яких є окремі відділення для хворих з психічними розладами, як це є за кордоном). В інтернатних закладах, в яких на даний час перебувають пацієнти з психічними розладами потрібно провести деінституціоналізацію як це було проведено в країнах ЄС з 1990 року [21, 30, 35].

У 2021 році Кабінет Міністрів України прийняв Постанову № 1440 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення 2022 року» та відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 2017 р. № 2168-VIII [5,24], в яких передбачені незалежно від форм власності медичні послуги (включаючи медичні вироби, лікарські засоби) за кошти Державного бюджету України, пов'язаних з наданням різної допомоги, у вигляді 38 пакетів послуг: екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), паліативної допомоги, допомоги дітям до 16 років та психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами, лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії.

Для покращення системи психічного здоров'я України ми пропонуємо запровадження та реалізацію наступних заходів:

1. Запровадження чіткої електронної звітності та підвищення рівня інформованості про стан психічного здоров'я населення на всіх рівнях системи охорони здоров'я України, яка передається в новостворений Національний центр психічного здоров'я для моніторингу, розробки заходів та інше;

2. Проведення реструктуризації стаціонарних закладів охорони здоров'я та створення госпітальних округів в обласних центрах, враховуючи як кількість населення, так і можливість доступу до ЗОЗ та широке впровадження



інформаційно-телекомунікаційні консультації між міськими і районними лікарнями.

3. Створення індикаторів ефективності використання бюджетних коштів на різних рівнях державного управління та ЗОЗ на впровадження нових проектів, програм, заходів у покращенні матеріально-технічної, діагностичної та лабораторної бази ЗОЗ для зниження рівня смертності, загальної захворюваності і рівня поширення соціально небезпечних захворювань, інвалідності та покращення психічного здоров'я, збільшення середньої тривалості життя людини;

4. Проведення державно-фінансового аудиту на всіх рівнях СОЗ, проведення періодичної (1 раз на рік) перевірки місцевими органами ефективності використання бюджетних коштів та оцінка особливостей менеджменту ЗОЗ.

5. Оцінка ефективності фінансового управління ЗОЗ, що вимагає від керівників додаткових знань менеджменту, які вони повинні опанувати в сучасному стані та існуючих вимог Європейських країн.

6. Створення «медичного ринку» і подолання спротиву «фармацевтичного лобі» щодо лікування пацієнтів з психічними розладами.

7. Створення різних форм надання медичних послуг щодо психічних розладів: створення на базі ПМСД окремого Центру психічного здоров'я (психіатр, психолог, соціальний працівник, представник громади та релігійних конфесій), окремих відділень на другому рівні СОЗ для знищення явища стигматизації у суспільстві до пацієнтів з психічними захворюваннями.

8. Проведення активної роботи на всіх рівнях СОЗ щодо профілактичних заходів населення України, пропагування здорового способу життя, знищення потягу до зловживання алкоголю, тютюну, наркотичних речовин та інших шкідливих звичок.



Висновки і перспективи подальших розробок

Шлях реформи охорони здоров'я та психічного здоров'я в Україні довгий і важкий, але наполегливий і індивідуальний для нашої держави. Проведення такої реформи вимагає реформи не лише в однієї галузі, але й в багатьох сферах. Впровадження пропозицій, що наведені, дозволить пришвидшити реформи охорони психічного здоров'я.

Анотація

Реформа в галузі охорони здоров'я в Україні в порівнянні з пострадянськими державами триває друге десятиліття. Причина цього у нерішучих діях державної політики, ненадійному фінансуванні системи охорони здоров'я та охорони психічного здоров'я які взаємопов'язані. В Україні на початку реформи відмічались лише переважно деклараційні прагнення реформувати системи охорони здоров'я. Дієві зрушення відмічається з 2017 р. у зв'язку з прийнятими нормативно-правовими документів, а саме: Постановою Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України», Законами України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про співробітництво територіальних громад» тощо, що сприяє створенню госпітальних округів в кожному регіоні для надання швидкої та якісної медичної допомоги населенню України.

Проведено аналіз нормативно-правової основи охорони психічного здоров'я в Україні в порівнянні з країнами ЄС. Дана оцінка ситуації сьогодення щодо реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні. За останні роки захворюваність на психічні розлади у світі збільшується і пандемія COVID-19 негативно вплинуло на психічне здоров'я людей країн світу. На сьогодні з психічними розладами в Україні досягла 1,2 млн., із них 700 тисяч мають алкогольну та 70 тисяч наркотичну залежність, близько 30% населення України впродовж життя страждають на психічні розлади, а за останні роки під час АТО/ООС, пандемії COVID-19 вона зросла ще більше. Запропоновано шляхи/заходи покращення охорони психічного здоров'я. Авторами запропонована нова модель надання медичної допомоги особам з порушенням психічного здоров'я на різних рівнях СОЗ.