

*Н. В. Авраменко,  
к. мед. н., доцент, доцент кафедри акушерства, гінекології та  
репродуктивної медицини, Запорізький медичний університет*

## СИСТЕМА ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*У статті автором досліджується особливості системи державного регулювання та реформування охорони здоров'я в зарубіжних країнах.*

*The author examines the features of the state regulation system and reformation of the health protection in foreign countries in the article.*

*Ключові слова: реформування, охорона здоров'я, медичне страхування, медична послуга, профілактика, медичний персонал, фінансовий механізм*

### ВСТУП

До перехідного періоду галузь охорони здоров'я вважалась "непродуктивною" і цінувалася нижче від виробництва і торгівлі. Але все ж послуги охорони здоров'я розглядалися як благо, на яке мали право всі трудящі і на яке покладалася 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 капіталоемким, 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 створювалися 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 охорони здоров'я не викликала сумнівів.

### ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ

Мета статті — ослідити міжнародний досвід реформування галузі охорони здоров'я.

### РЕЗУЛЬТАТИ

Державну політику України в галузі охорони здоров'я досліджували такі вітчизняні вчені: М. Білінська, 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 щодо прийняття нового законодавства в галузі охорони здоров'я. Однак реформа галузі ускладнювалася у зв'язку із зміною політичної ситуації. У 1991 та 1993 рр. були прийняті закони про медичне страхування і введена система обов'язкового медичного страхування. У 1997 р. в межах концепції розвитку охорони здоров'я та медичної науки розвиток приватного сектора був визначений найбільш важливим структурним перетворенням, якого необхідно досягти.

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 є підпорядкованими федеральними органами, надаючи основні послуги громадського здоров'я за такими напрямками: профілактика інфекційних захворювань та боротьба з ними, імунізація, гігієна дітей та підлітків, безпека продуктів харчування і радіаційна безпека, а також профілактика професійних захворювань [1].

Первинна медико-санітарна допомога населенню надається такими установами, як:

- сільські медичні пункти, у штаті яких перебувають 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 у державі. Спеціальність лікаря загальної практики лише починає впроваджуватися.

У середньому близько 30% первинних звернень за медичною допомогою здійснюються на рівні, вищому за первинну, хоча відповідні показники в ЄС становлять 8—10 % [2].

Розробляються комп'ютерні інформаційні системи по пацієнтах, провайдерах, страховиках, послугах та стандартах. Застосовуються методи виплати, які засновані на показниках ефективності роботи. Розширюються права пацієнтів щодо вибору надавачів медичної допомоги і 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 і більш ефективного прийняття рішень, але також до великої різниці між окремими регіонами.

Децентралізація привела також до 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.

Важливим є те, щоб міжнародна допомога була добре координованою, а результати кожного проекту могли бути використані в інших місцях і були надійними.

Співробітництво з Великою Британією охоплює цілий ряд проектів. У галузі реалізується на двосторонній основі DFID (Сполучене Королівство), ЮСАІД, програми ТАСІЗ, у т.ч. з

країнами Східної Європи. Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією здійснює значні інвестиції, 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, що зумовлені 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.

До запланованих галузей співробітництва в 2006—2007 рр. входять наступні [2]:

- 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.

На сьогодні існує кілька паралельно функціонуючих систем з надання медичних послуг, що приводить до дублювання діяльності і конкурентної боротьби за отримання федерально-го фінансування.

Медичні кола проявляють небажання проводити перетворення. Зусилля, що спрямовані на реорганізацію амбулаторної та стаціонарної допомоги, нерідко застосовуються роздільно і не об'єднані певною стратегією.

Близько 65% коштів, що виділяються на потреби охорони здоров'я в

Російській Федерації, використовуються на надання стаціонарної допомоги, у той час як у середньому по ЄС ця цифра становить близько 40% [1].

Необхідно відновити норми і стандарти якості.

Одним із можливих шляхів покращення доступу до підрозділів охорони здоров'я є розвиток реальної конкуренції між надавачами послуг. Водночас зберігається необхідність 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 і довготривале національне планування не виключають одне одного.

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

У документах з проведення реформи стратегічного характеру зазвичай успішно викладені проблеми і визначається мета, далі за цим має йти виклад пріоритетних завдань і визначень шляхів їх вирішення.

Існуюча колись проблема надмірної централізації вирішується шляхом створення регіональних фондів медичного страхування. Необхідно встановити і 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 надання послуг, передбачені законом, мають бути повністю реалізовані у всіх регіонах.

За час після набуття Білорусією незалежності система охорони здоров'я переважно залишилася без змін, оскільки статус-кво повинен суперечити виникненню перебоїв у роботі системи надання медичної допомоги [3].

Стандарти медичної допомоги і нормативи медичного обслуговування на всіх рівнях визначаються на національному рівні, але відповідальність за контроль їх виконання несуть місцеві органи влади. Результати процесу децентралізації виявилися неоднозначними.

З одного боку, координація роботи місцевих надавачів медичних послуг дещо покращилась. З другого — велика незалежність, яку отримали 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, в яких працюють медичні сестри, фельдшери і акушери, або лікарських пунктів, в яких працюють лікарі; у містах первинна медична допомога населенню надається через поліклініки. Пацієнти приписані до певного лікаря загальної практики незалежно від їх бажання. Продовжує існувати широка мережа поліклінік за місцем роботи. В даний час 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 і безкоштовну медичну допомогу. Система охорони здоров'я фінансується на основі обов'язкового загального оподаткування. В країні нема 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 засобів серед надавачів медичних послуг [1].

З державного бюджету також виділяються певні кошти для проведення пріоритетних програм, спрямованих на боротьбу із соціальними хворобами (зловикісні 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 зі стаціонарного на амбулаторне обслуговування. Але основна частина коштів, які виділяються із 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 весь медичний персонал. Домінуючою формою медичного обслуговування на цьому рівні є стаціонарна допомога.

Всі установи вторинної та третинної медичної допомоги є державною власністю. Але поступово з'являються 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 обгрунтованого направлення хворих до лікарів-спеціалістів.

Секторів соціальної допомоги необхідно докласти значних зусиль для задоволення потреб старіючого населення.

Традиційна національна система санітарно-епідеміологічного нагляду відповідає за проведення санітарних інспекцій, екологічний моніторинг і боротьбу із 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 роках галузь успадкувала семашківську структуру охорони здоров'я, яку підтримують максимально. У цілому було змінено законодавство, але зміни в системі управління і фінансування були незначними. В країні виражена тенденція до передачі владних повноважень від міністерства охорони здоров'я — виконавчим комітетам 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. В ньому було запропоновано ряд основних медичних послуг, передбачалися заходи збереження і покращення суспільного здоров'я та приділялася особлива увага розвитку первинної медико-санітарної допомоги. Але 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 — наказ Ради Міністрів під назвою "Концепція розвитку охорони здоров'я" [5]. У 1999 р. була прийнята державна програма "Здоров'я нації" на 1999—2005 рр., в якій була підкреслена необхідність міжгалузевого співробітництва для покращення головних показників здоров'я. У 2004 р. в межах

підготовки державної програми відродження і розвитку села на 2005—2010 рр. була створена робоча група з первинної медико-санітарної допомоги і була прийнята система регіонального фінансування з розрахунку на душу населення. У 2005 р. була прийнята Державна програма відродження і розвитку села на 2005—2010 рр. [3].

З 2004—2005 рр. почалася співпраця Регіонального бюро з Республікою Білорусь у таких галузях: розробка стратегії покращення системи надання медичних послуг та їх якості; реформування системи фінансування охорони здоров'я; розробка національних баз даних з показників здоров'я; оцінка екологічних ризиків, яким піддаються діти; покращення служб репродуктивного здоров'я, передбачених для молоді; боротьба з туберкульозом за допомогою стратегії DOTS в деяких пілотних регіонах; боротьба з ВІЛ/СНІДом. У 2005—2006 рр. пріоритетними напрямками співробітництва Європейського бюро були [2]:

- покращення медичного забезпечення на первинному та стаціонарному рівнях шляхом інтегрування вертикальних служб (протитуберкульозні служби і служби охорони здоров'я матері і дитини) в сектор первинної медико-санітарної допомоги;

- зміцнення нормативно-правової бази фармацевтичного сектора;

- покращення якості й безпеки служб крові;

- посилення роботи у сфері зміцнення здоров'я і профілактики неінфекційних хворих;

- співпраця з підвищення безпеки життя, профілактика травматизму та дорожньо-транспортних пригод.

З часу незалежності на експериментальній основі були апробовані 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, спостерігається підвищена увага до проблем системи охорони здоров'я, а також підтримкою практики забезпечення всього населення безкоштовною і якісною медичною допомогою.

Міністерство охорони здоров'я взяло на себе зобов'язання впровадити реформи, які поширять роль первинної медико-санітарної допомоги, а також дозволять 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 робітників з урахуванням якості та обсягу їх діяльності.

До цього часу система охорони здоров'я в цілому справляється зі своїми завданнями. Їй вдалося уникнути виникнення будь-яких серйозних проблем з медичною допомогою населенню. Однак у зв'язку з покращенням економічного клімату в країні виникає завдання подальшого, дуже необхідного розвитку системи охорони здоров'я, що має 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 14 років труднощів, показує, що у випадках, коли реформи проводяться недостатньо продуктивно і обережно, цей процес може бути пов'язаний з потенційними обмеженнями, прихованим опором і ризиком руйнування існуючої системи медичної допомоги.

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

Дамо характеристику державній політиці, стану та процесам 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 всі лікувально-профілактичні установи на районному рівні об'єднані в одне юридичне об'єднання, що не дуже ефективно ні з точки зору фінансування, ні з точки зору 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, але їх потенціал у цій галузі потребує підвищення.

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

У 1995 р. був прийнятий закон про охорону здоров'я, де вказувалося на необхідність проведення реформ охорони здоров'я, упровадження нових фінансових механізмів і покращення управління службами, а також передбачався певний ступінь приватизації в галузі охорони здоров'я. У 1997—2003 рр. — відпрацьована національна стратегія реформування і розвитку системи медичного забезпечення. У 1999 р. було прийнято закон про га-

рантований мінімальний пакет безкоштовної медичної допомоги, а також були врегульовані тарифи на оплату медичних послуг. Було почато 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. в 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 підвітна уряду, а міністр охорони здоров'я і соціального захисту виконує функції її представника [1].

У травні 2004 р. парламент прийняв стратегію розвитку країни з стимулювання економічного зростання та зменшення бідності на період 2004—2006 рр. Основа мета стратегії включає: 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 із найважливіших завдань є забезпечення координації і взаємодоповнюючої 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 працюючого населення 4% від заробітної плати відраховується на медичне страхування, що становить лише 30% загального бюджету вищезазначеної 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 із позитивних результатів нової системи є підвищення і 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 обмежуваний набір діагностичних, вакцинаційно-профілактичних, невідкладних та екстрених послуг. Передбачається, що ця ланка повинна надавати певний

мінімальний набір послуг, але поки що ця мета не досягнута.

Також медична допомога надається приватними лікарнями та кабінетами при поліклініках, що становить 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 із дублюванням деяких видів медичного обслуговування виникає 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 і 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 і дитини; контроль та профілактика неінфекційних захворювань, а також оцінка якості води; сертифікація країни як території, вільної від поліомієліту; створення національного каталогу основних лікарських середників; 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 за такими напрямками: відпрацювання стратегічних рекомендацій щодо реформування системи фінансування охорони здоров'я; оцінка 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, що живуть з ВІЛ/СНІДом; більш активне впровадження стратегії DOTS з метою посилення боротьби з туберкульозом; боротьба з неінфекційними хворобами (боротьба проти тютюну, скринінг на рак шийки матки, профілактика самогубств, насилля і травматизму); задіяння 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.

## ВИСНОВКИ

Аналіз міжнародного законодавства та нормативно-правових актів з питань психічного здоров'я свідчить про його регламентацію низкою нормативно-правових документів міжнародного та регіонального рівнів. Хоча, разом з тим, це відображено у низці визначальних документів міжнародного рівня, зокрема у ст. 12 Конвенції про ліквідацію усіх форм дискримінації відносно жінок, у ст. 24 Конвенції — про права дитини. Більшість країн, що розвиваються, відають перевагу боротьбі з малюковою і дитячою смертністю, ставлячись до психічного здоров'я як до недозвільної розкоші.

Таким чином, аналіз міжнародного законодавства з питань психічного здоров'я свідчить про кодифікацію права на його збереження і відновлення у низці 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 у резолюціях, деклараціях, схвалених міжнародними конференціями з питань охорони здоров'я. Поряд із цим, реалізація цього права у 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. Грузева, Г. В. Іншакова. — К.: Книгаплюс, 2006. — 354 с.
3. Солоненко Н. Міжнародні тенденції державної політики та управління реформуванням у галузі охорони здоров'я // Н. Солоненко, І. Солоненко // Вісн. 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. Bauduin (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.

Стаття надійшла до редакції 12.08.2010 р.