

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Західноукраїнський національний університет**  
**Навчально-науковий інститут публічного управління**  
**Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу**

**Публічна політика збереження здоров'я населення**

спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»  
Кваліфікаційна робота за освітнім ступенем «магістр»

Виконав здобувач  
**Мілінчук І.А.**

---

підпис

Науковий керівник:  
д.е.н., професор  
**Шкільняк М.М.**

---

підпис

Кваліфікаційну роботу допущено до  
захисту «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Завідувач кафедри

---

підпис

ТЕРНОПІЛЬ – 2021

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>Розділ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.....</b>	<b>5</b>
1.1. Сутність публічної політики збереження здоров'я населення та її цілі.....	5
1.2. Зарубіжний досвід реалізації публічної політики збереження здоров'я населення.....	13
Висновки до розділу 1.....	19
<b>РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.....</b>	<b>21</b>
2.1. Аналіз стану показників здоров'я населення .....	21
2.2. Оцінка факторів впливу на стан публічної політики збереження здоров'я населення.....	30
2.3. Оцінка інституційного забезпечення публічної політики збереження здоров'я населення.....	36
Висновки до розділу 2.....	44
<b>РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.....</b>	<b>46</b>
3.1. Удосконалення організаційного механізму реалізації публічної політики збереження здоров'я населення.....	46
3.2. Використання інструментарію публічно-приватного партнерства у реалізації публічної політики збереження здоров'я населення.....	52
Висновки до розділу 3.....	59
Висновки.....	61
Список використаних джерел.....	65

## ВСТУП

На сьогодні здоров'я населення виступає основним детермінантом досягнення високого рівня суспільного добробуту. Саме людський ресурс виступає є одним із найважливіших чинників зміцнення економіки та модернізації соціально-економічних інститутів публічного сектору. Держава здійснює формування та реалізацію політики охорони здоров'я. Загалом, публічну політику збереження здоров'я населення можна розглядати як сукупність заходів чи зобов'язань, пов'язаних із збереженням та зміцненням фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави, що реалізується через політичні, організаційні, економічні, правові, соціальні, культурні, наукові та медичні засоби для збереження національного генофонду, гуманітарного потенціалу та врахування вимог та інтересів як окремо взятого індивідуума, так і суспільства загалом.

Різні аспекти публічної політики у сфері охорони здоров'я досліджували такі науковці, як М. Білинська, О. Баєва, Ю. Вороненко, Н. Герасименко, З. Гладун, М. Долгіх, Т. Желюк, Д. Карамішев, О. Корвецький, В. Лазоришинець, В. Луговий, В. Лобас, З. Надюк, Н. Нижник, А. Пільтяй, М. Ткач, І. Фуртак, О. Черниш, В. Шафранський, Н. Ярош та інші.

Проте, незважаючи на значний науковий інтерес до дослідження окресленої проблематики питання публічної політики в частині збереження здоров'я населення потребують подальшого вивчення.

**Метою** дослідження є розробка теоретичних положень і вироблення практичних рекомендацій щодо формування публічної політики збереження здоров'я населення.

Реалізація мети потребує вирішення комплексу завдань, а саме:

- вивчення сутності публічної політики збереження здоров'я населення;
- ознайомлення із зарубіжним досвідом реалізації публічної політики збереження здоров'я населення;
- проведення аналізу стану показників здоров'я населення;

- оцінювання факторів впливу на стан публічної політики збереження здоров'я населення;
- проведення оцінки інституційного забезпечення публічної політики збереження здоров'я населення;
- розробка рекомендацій щодо удосконалення організаційного механізму реалізації публічної політики збереження здоров'я населення;
- вироблення пропозицій щодо використання інструментарію публічно-приватного партнерства у реалізації публічної політики збереження здоров'я населення.

**Об'єктом дослідження** є публічна політика збереження здоров'я населення.

**Предметом дослідження** є теоретико-методичні та прикладні засади механізму розробки та реалізації публічної політики збереження здоров'я населення.

**Методи дослідження.** При проведенні наукового дослідження використано такі методи наукових досліджень, як: загальнонаукові, а саме теоретичні (аналіз, синтез, індукція, дедукція, композиція, декомпозиція, ідеалізація, формалізація, абстрагування, узагальнення, пояснення, порівняння, систематизація) та емпіричні (спостереження, опис) та графічні методи застосовано для візуалізації результатів дослідження.

**Наукова новизна дослідження** полягає у тому, що у кваліфікаційній роботі набули подальшого розвитку теоретичні положення та мають місце практичні рекомендації щодо удосконалення публічної політики збереження здоров'я населення.

**Практична значущість** результатів дослідження полягає у виробленні практичних рекомендацій щодо удосконалення публічної політики збереження здоров'я населення.

**Апробація.** За результатами дослідження прийнято участь у роботі науково - практичної конференції, за результатами роботи якої опубліковано тези доповідей.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

### 1.1. Сутність публічної політики збереження здоров'я населення та її цілі

Держава здійснює формування та реалізацію політики збереження здоров'я населення. Саме здоров'я населення виступає основним детермінантом досягнення високого рівня суспільного добробуту, оскільки це є передумовою віддачі інвестиційних вкладень у людський капітал. На сьогодні людський ресурс виступає одним із найважливіших чинників зміцнення економіки та модернізації соціально-економічних інститутів публічного сектору. Результати досліджень Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Світового банку та інших міжнародних організацій [44;46] свідчать про те, що якість людського потенціалу значною мірою формує система охорони здоров'я, метою якої має бути створення можливості прожити тривале здорове життя населенню.

В рамках вивчення питання публічної політики збереження здоров'я населення необхідним є розуміння основних категорій, які розкривають її зміст, а саме: «здоров'я», «збереження здоров'я», «публічна політика», «публічна політика збереження здоров'я населення».

Так, категорія «здоров'я» розглядається фахівцями «...як філософська, соціальна, економічна, біологічна, медична категорії, як об'єкт споживання та інвестування капіталу, як індивідуальна й суспільна цінність, явище системного характеру, динамічне, постійно взаємодіюче з навколишнім середовищем, яке, у свою чергу, постійно змінюється» [1]. У фаховій літературі наявні понад 450 трактувань цього поняття.

Так, І. Брехман трактує здоров'я людини як «...здатність зберігати відповідну віку стійкість до різких змін кількісних і якісних параметрів потоку сенсорної, вербальної і структурної інформації» [5, с. 27]. В. Казначеев наводить визначення здоров'я як «... цілісного, багатовимірного динамічного стану, що розвивається в процесі реалізації генетичного потенціалу в умовах

конкретного соціального й екологічного середовища і дозволяє людині в різному ступені здійснювати її біологічні та соціальні функції; процес збереження і розвитку фізіологічних властивостей, потенцій психічних і соціальних; процес максимальної тривалості життя при оптимальній працездатності й соціальної активності» [25, с. 55]. О. Кудрявцева визначає здоров'я населення як «...соціально-демографічну категорію, яка відображає здатність членів суспільства повноцінно виконувати функцію з подальшого розвитку суспільства і вести спосіб життя, що забезпечує збереження, зміцнення й розвиток цієї здатності» [12]. Згідно іншого трактування здоров'я це «...абсолютна людська цінність, водночас є основним правом людини, а збереження його – найважливішим обов'язком держави й особистості» [7, с. 83].

Трактування поняття здоров'я знайшло відображення і в офіційних документах. Зокрема, у Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я вказано, що «здоров'я – це стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних вад» [60]. Окрім цього, у новій концепції здоров'я фахівцями ВООЗ запропоновано таке визначення цього поняття: «...здоров'я – це ступінь здатності індивіда чи групи, з одного боку, реалізувати свої прагнення і задовольняти потреби, а з іншого – змінювати середовище чи кооперуватися з ним, з огляду на що розглядається як ресурс, а не мета життя» [60].

Узагальнюючи наукові підходи до трактування здоров'я, можна виокремити наступні позиції:

- по-перше, як стан функціонування організму на всіх рівнях його організації;
- по-друге, як динамічна рівновага (гармонія) життєвих функцій організму;
- по-третє, як повноцінне виконання основних соціальних функцій, здійснення активної трудової діяльності та прийняття участі у житті суспільства;

- по-четверте, як спроможність організму адаптуватися до умов мінливого зовнішнього середовища;
- по-п'яте, як відсутність патологічних змін і нормальне самопочуття;
- по-шосте, як повне благополуччя фізичного, духовного, розумового та соціального характерів.

Водночас, в рамках даного дослідження варто погодитись із думкою О. Марків про те, що «...для формування здорового суспільства потрібно, щоб більшість його членів усвідомлювали ідеологію збереження здоров'я, а соціально-політична, наукова та освітянська еліта стала фундатором соціальних норм, призначених зберігати здоров'я» [34, с. 181]. Сповідування ідеології здорового способу життя передбачає зміну ставлення індивіда та суспільства до стану особистого і суспільного здоров'я [35, с. 100]. Дослідники проблематики, пов'язаної із збереженням здоров'я населення виокремлюють наявність тренду щодо формування свідомості здоров'язбереження.

В цьому плані зауважимо, що дефініція «збереження» в Академічному тлумачному словнику розглядається як... дію чи стан; або ж тримати щось у певних умовах, оберігаючи від псування, руйнування» [1]. Відповідно категорія «збереження здоров'я» трактується «...процес зміцнення та збереження здоров'я, спрямований на перетворення емоційно-психологічної, фізичної та інтелектуальної сфер людини, утвердження ціннісного ставлення до особистого здоров'я і здоров'я інших, загальне усвідомлення особистої відповідальності людини за власне здоров'я» [58, с.58-59].

Враховуючи вагомість проблематики збереження здоров'я населення як на індивідуальному, так і на національному рівнях, на рівні держави здійснюється комплекс заходів чи зобов'язань, пов'язаних із збереженням та зміцненням фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави, що реалізується через політичні, організаційні, економічні, правові, соціальні, культурні, наукові та медичні засоби для збереження національного генофонду, гуманітарного потенціалу та врахування вимог та

інтересів як окремо взятого індивідуума, так і суспільства загалом, що в сукупності і є публічною політикою збереження здоров'я населення.

Деталізуючи її зміст, наведемо окремі наукові підходи до її трактування. Так, Я. Радиш та О. Щепін наводять визначення державної політики у сфері охорони здоров'я як «...комплекс прийнятих загальнодержавних рішень або взятих зобов'язань держави щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я населення України шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових, профілактичних та медичних заходів з метою збереження генофонду нації, її гуманітарного потенціалу та урахуванням вимог нинішнього і майбутніх поколінь, в інтересах як конкретної особистості, так і суспільства в цілому з метою забезпечення генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу» [52, с. 16; 504, с. 316]. Д. Карамішев державну політику у сфері охорони здоров'я трактує як «... загальний напрям, який визначає характер дій держави щодо збереження та зміцнення здоров'я громадян України як найважливішої складової національного надбання» [26, с. 280].

Вказане свідчить про те, що стан охорони здоров'я відіграє важливу роль для забезпечення здоров'я населення, профілактики та лікування поширених захворювань, пропаганди здорового способу життя, зміцнення здоров'я нації та забезпечення безпеки держави. В цьому плані, слушно зазначає Н. Солоненко, що «...основними напрямками еволюції парадигми сучасної охорони здоров'я є пріоритет заходів із збереження і зміцнення здоров'я та формування здорового способу життя» [57, с. 8].

Головними цілями публічної політики «Здоров'я–2020» на глобальному рівні визначено наступні:

1. «...Міжсекторне партнерство для покращення параметричних характеристик сфери охорони здоров'я.
2. Поліпшення якості життя людей.
3. Використання інструментів стратегічного управління в досягненні цілей охорони здоров'я.



4. Активізація обміну знаннями і втілення інновацій, розширення бази знань, необхідних для розвитку охорони здоров'я, підвищення здатності медичних працівників та інших спеціалістів адаптуватися до нових підходів в охороні здоров'я, орієнтація в медико-санітарній допомозі на потреби пацієнтів, максимальне використання новітніх технологій для підвищення ефективності та якості медичної допомоги.

5. Підвищення свідомості кожного громадянина у використанні власних ресурсів здоров'я» [22].

Для реалізації наведених цілей, виокремлено стратегічні орієнтири щодо розробки в країнах напрямків політики та стратегій, пов'язаних із здоров'ям та благополуччям, що має бути загальною соціальною метою, а також формування для основних стейкхолдерів механізмів участі та визначення варіантів досягнення цілей.

Водночас, Всесвітньою організацією охорони здоров'я складено список із 10 головних викликів для людства у сфері охорони здоров'я, серед яких вказано наступні: забруднення повітря, яке згідно статистичних даних щорічно призводить до 7 млн. летальних випадків через спричинення таких хвороб, як рак, інсульт, хвороби серця і легенів; неінфекційні захворювання (діабет, рак і хвороби серця), що за статистикою ВООЗ є причиною понад 70% усіх смертей у світі; пандемія грипу; уразливість населення у тих зонах, на території яких відбуваються різні природні катаклізми чи військові конфлікти; стійкість інфекцій до антибіотиків; лихоманка ебола, денге, які не мають дієвих методів лікування; брак первинної медичної допомоги; ВІЛ/СНІД; відмова від вакцинації [44].

В рамках вивчення проблематики політики збереження здоров'я населення важливим є визначення показників та індикаторів, на основі яких можна проаналізувати її ефективність та дієвість. В цьому плані варто відміти наукові напрацювання І. Жолинської [10], яка поряд з показниками громадського здоров'я виокремлює показники умов функціонування системи охорони здоров'я та суспільні зобов'язання. Вагомий інтерес у цьому плані

представляють напрацювання Р. Моликевича, який показники здоров'я населення розглядає як складову дослідження якості життя [41] Аналіз показників та індикаторів стану здоров'я населення дадуть змогу ідентифікувати першопричини незадовільного стану здоров'я населення та на цій основі виробити напрямки його покращення. Враховуючи, що здоров'я є інтегрованим показником, для діагностування стану здоров'я населення застосовуються дві групи індикаторів: індикатори стану здоров'я та індикатори соціально-економічного діагностування, тобто ті, які обумовлюють його нерівність серед демографічних та соціально-економічних груп населення (рис. 1).

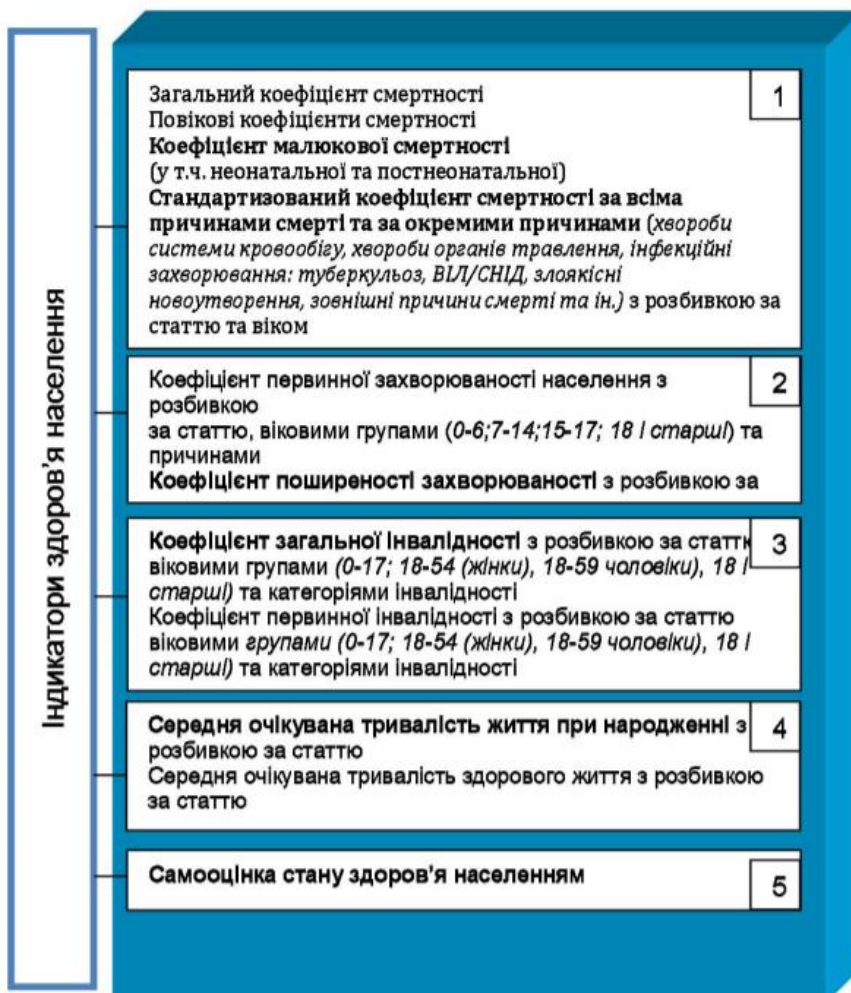


Рис.1.1. Індикатори здоров'я населення [66]

Так, індикатори оцінювання політики збереження здоров'я населення включають 4 підгрупи, зокрема: контекстуального рівня (суспільно-політичні);

структурного рівня (доходу та його розподілу), зайнятості, умов праці, освіти, соціального капіталу, умов проживання, місця (території) проживання, доступності та якості медичних товарів та послуг, доступності харчування; проксимального рівня (якості харчування) відповідальності та індивідуальної поведінки стосовно власного здоров'я), умов раннього періоду життя (рис.1.2).

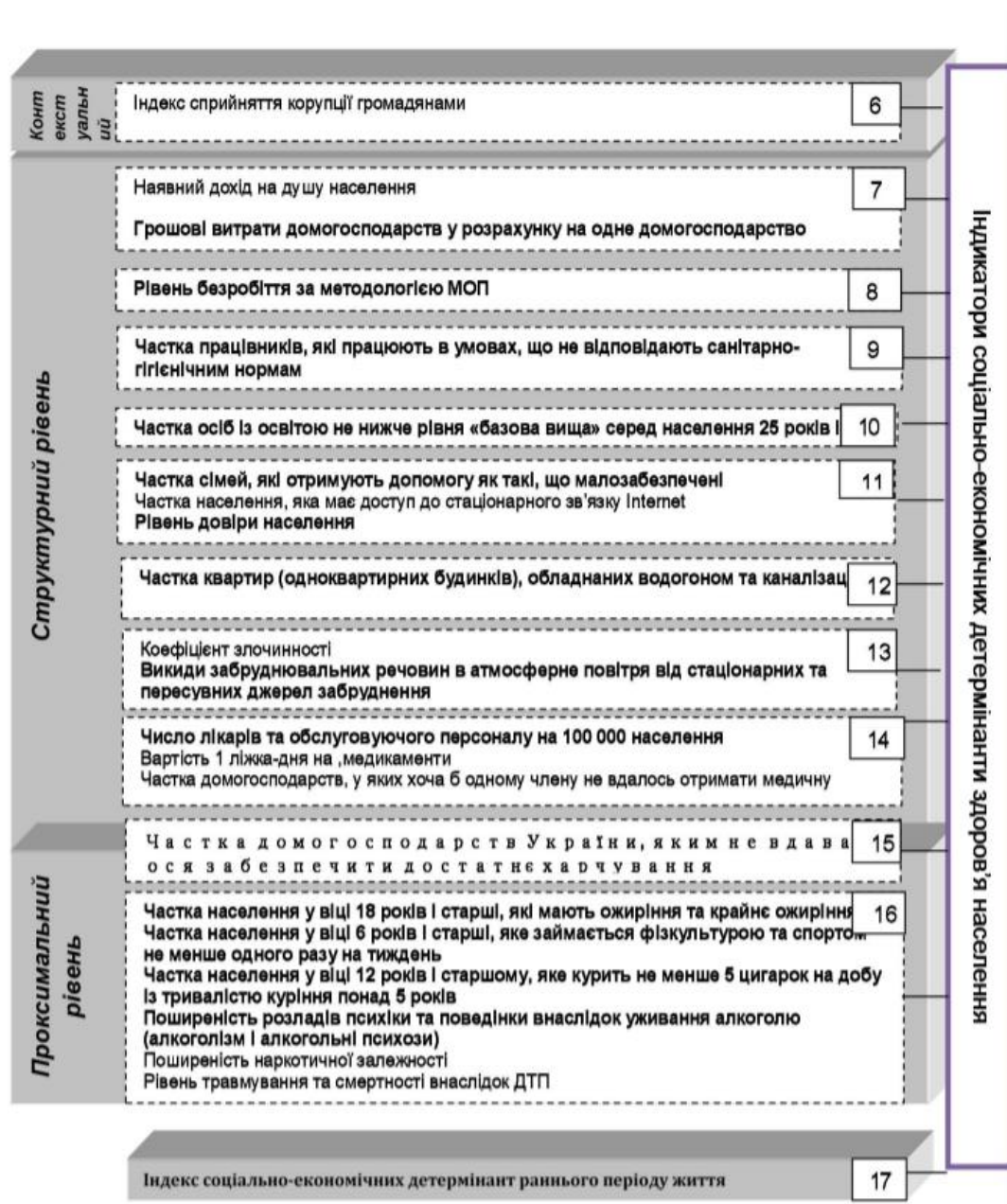


Рис. 1.2. Індикатори соціально-економічних чинників впливу на стан здоров'я населення [66]

Наведені показники рис.1.1 і 1.2 в основному стосуються аналітичної інформації щодо стану здоров'я населення, яка може використовуватися в

процесі вирішення ключових питань щодо й зміцнення здоров'я і профілактики хвороб та покликані сприяти удосконаленню надання медичних послуг та підвищенню ефективності публічної політики у цій сфері.

У теорії публічного управління виокремлюють три альтернативні моделі формування сучасної політики збереження здоров'я населення. Перша з них передбачає перехід на ринкові відносини та конкурентні засади функціонування закладів охорони здоров'я за рахунок вільного ціноутворення, перетворення усіх медичних закладів на недержавні автономні структури, приватну індивідуальну практику, фінансування за рахунок коштів державного і місцевого бюджетів, а також ресурсів підприємств, сімейних бюджетів, добровільного страхування, фондів, розповсюдження їх на певні контингенти і види медичної допомоги, вільний вибір лікаря. Друга модель базується на існуванні державної медицини за кошти державного і місцевих бюджетів, комунальної і приватної – за кошти громад і громадян, запровадження госпрозрахунку, право на безкоштовну медичну допомогу кожного пацієнта. Третя модель передбачає ідеї щодо відновленні старої системи державного управління медичним обслуговуванням при збереженні поступового введення в дію деяких ринкових механізмів [63].

В рамках розгляду публічної політики збереження здоров'я населення важливим є розгляд суб'єктів реалізації цієї політики. У науковій літературі поширеною є класифікація суб'єктів політики за характером та місцем їх у суспільній структурі.

## **1.2. Зарубіжний досвід реалізації публічної політики збереження здоров'я населення**

Враховуючи вагомість проблеми збереження здоров'я населення вона завжди була присутня в системах охорони здоров'я різних країн та в політиці державного управління. Проте, кожна країна має свої особливості реалізації публічної політики збереження здоров'я населення, що обумовлюються зміною стану здоров'я суспільства, причинами та детермінантами цих змін, а також рівнем економічного розвитку та принципами організації і фінансування системи охорони здоров'я.

В основі формування публічної політики збереження здоров'я населення багатьох країн лежить концепція зон охорони здоров'я Марка Лалонда, оприлюднена у доповіді «Нові погляди на здоров'я канадців», а також стратегія здоров'я для всіх (HFA), сформульована Всесвітньою організацією охорони здоров'я та Оттавська хартія, яка є результатом Міжнародної конференції зі сприяння здоров'ю і ВООЗ. Зокрема, Концепція Марка Лалонда про детермінанти охорони здоров'я пов'язана з спостережуваним різким зростанням витрат на охорону здоров'я (у Канаді), що не вплинуло на здоров'я людини. Комітет з витрат на охорону здоров'я, до складу якого входять представники федерального уряду та державних адміністрацій, був створений для дослідження причин цього явища та рекомендацій відповідних заходів. Ця доповідь започаткувала нову еру у сприйнятті громадського здоров'я, запропонувавши ширше розуміння здоров'я як стану, якого не може досягти більшість населення, просто збільшивши фінансування інфраструктури та відновлювальних послуг. Відправною точкою для концепції сфер здоров'я Марка Лалонда було таке визначення здоров'я: «Здоров'я є продуктом факторів, пов'язаних із генетичною спадковістю, навколишнім середовищем, способом життя та медичним обслуговуванням. Пропагування здорового способу життя може покращити здоров'я та зменшити потребу в медичній допомозі». Варто зазначити, що концепція Лалонда була створена як ідея,

специфічна для політики охорони здоров'я. Лалонд розглядав його як інструмент для аналізу проблем зі здоров'ям та визначення потреб у здоров'ї та шляхів їх задоволення. Слід, однак, підкреслити, факторів на здоров'я населення, окрім аналізу смертності внаслідок ДТП, що призвело до висновку, що вона може залежати на 75% від поведінки, на 20% від факторів навколишнього середовища і на 5% від системи охорони здоров'я. Згодом Б. Бадура підрахував, що ці фактори впливають на смертність від серцево-судинних захворювань відповідно до 25% біології, 9% навколишнього середовища, 54% способу життя та 12% охорони здоров'я. У разі новоутворень ці відсотки становили відповідно 29, 24, 37 і 10, а при смертності від усіх причин — 20, 20, 50 і 10. Основні напрямки стратегії «Здоров'я для всіх» (НФА 2000) були такими: пропаганда та поширення способу життя та поведінки, що сприяє зміцненню здоров'я, зниження захворюваності та розладів здоров'я, яким можна запобігти шляхом зниження рівня факторів ризику та захисту навколишнього середовища, надання первинної медичної допомоги, яка є відповідною, доступною та прийнятною для всіх [28].

Головним досягненням НФА 2000 було розбудова первинної медико-санітарної допомоги в країнах, що розвиваються, і початок реалізації програм громадського здоров'я.

У травні 1998 року Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, яке охоплює 51 державу-член, прийняло документ, що визначає дії урядів держав-членів «Здоров'я 21» - «Здоров'я для всіх у 21 столітті». У документі сформульовано 21 завдання, які в значній мірі відповідали основним функціям охорони здоров'я.

Відповідно до Всесвітньої декларації охорони здоров'я, стратегія «Здоров'я XXI» передбачала, що «одним із основних прав кожної людини є найвищий досяжний стандарт здоров'я, а успіх соціальної політики слід вимірювати її впливом на здоров'я людини» [22].

Для забезпечення науково, економічно, соціально та політично стійкої реалізації «Здоров'я XXI» було визначено чотири основні стратегії:

- багатосекторні стратегії, які враховують фізичні, економічні, соціальні та культурні детермінанти здоров'я, розглядають перспективи, що враховують потреби чоловіків і жінок та забезпечують можливість оцінки впливу на здоров'я;

- програми, спрямовані на підвищення ефективності охорони здоров'я та інвестиції в розвиток охорони здоров'я та клінічну допомогу;

- інтегрована та орієнтована на сім'ю та громаду первинна медико-санітарна допомога, яка підтримується гнучкою, адаптованою системою лікарняної допомоги;

- участь у процесі розвитку здоров'я вдома, у школі, на робочому місці, на рівні місцевої громади та країни, а також просування ідеї спільного прийняття рішень, реалізації та обліку партнерами. Двадцять одне завдання політики охорони здоров'я для всіх було сформульовано таким чином, щоб вони виражали потреби всього європейського регіону і водночас містили пропозиції щодо покращення ситуації. Вони можуть служити інструментом для вимірювання прогресу в розвитку та здоров'я, а також у зниженні ризиків для здоров'я. Ці завдання є основою для розвитку політики охорони здоров'я в країнах Європейського регіону.

Публічну політику збереження здоров'я населення розглянемо на прикладі таких країн, як Польща, Японія, США, Німеччина та Великобританія.

Так, у Польщі система охорони здоров'я охоплює такі сфери діяльності:

- охорона здоров'я - основна медицина, відновна медицина,
- охорона здоров'я - комплекс заходів щодо охорони здоров'я, що здійснюються різними галузями соціально-економічного життя,
- охорона здоров'я та структури управління охороною здоров'я,
- джерела та способи фінансування всіх заходів для охорони здоров'я.

Основними цільовими орієнтирами системи охорони здоров'я у Польщі є: в першу чергу задоволення індивідуальних потреб, пов'язаних із збереженням здоров'я, найважливішими з яких є потреби, що виникають внаслідок захворювань, недуг, нещасних випадків, тобто виражені потреби у збереженні

здоров'я, а також забезпечення колективних потреб у здоров'ї, тобто таких завдань щодо створення таких умов життя, роботи, житла, харчування, відпочинку і навіть захворювання, а також усіх інших аспектів колективного життя, які мінімізують, або усувають будь-який ризик втрати здоров'я.

Виходячи із вказаного у системі охорони здоров'я Польщі можна виокремити дві складові, такі як: індивідуальне медичне обслуговування, тобто медичні послуги та колективна охорона здоров'я, тобто охорона здоров'я, тобто власне система охорони здоров'я.

Політика збереження здоров'я населення цієї країни включає комплекс заходів щодо захисту від хвороб (профілактика та боротьба з інфекційними захворюваннями, неінфекційними хворобами, що мають високу суспільну значимість, та іншими захворюваннями та інвалідністю в медичній допомозі), захисту від загроз природному середовищу та робочому середовищу, захисту від загроз від несприятливих соціальних умов (бідність, соціальні патології, безробіття та інші) в рамках соціальної політики та виплат соціальної допомоги.

Національна програма охорони здоров'я в Польщі базується на думці авторів, що здоров'я людини на 50% залежить від способу життя, приблизно на 20% від факторів навколишнього середовища, приблизно на 20% від генетичних і біологічних факторів, а решта – від охорони здоров'я, «Що може вирішити 10-15% проблем здоров'я суспільства» [27].

Також заслуговує на увагу в рамках даного дослідження публічна політика збереження здоров'я населення в Японії. Зазначимо, що в цій країні наявна тенденція спрямовувати істотні зусилля на збереження здоров'я населення, яке входить до груп визначеного ризику. Тобто, в рамках охорони здоров'я багато уваги приділено поліпшенню здорового способу життя. У 1994 р. прийнятий про здоров'я територіальної громади, у якому відповідальність та організацію послуг охорони громадського здоров'я та визначення її особливостей та надання медичного обслуговування жителям їх територій покладено на муніципалітети. При цьому, значна приділяється вирішенню проблем та вжиття



заходів щодо їх уникнення щодо здоров'я матері і дитини. Для охорони здоров'я дорослого населення реалізується комплекс заходів державного контролю за гігієною праці, робочими місцями, а також заходи щодо хвороб, пов'язаних зі способом життя; послуги охорони здоров'я для людей похилого віку; контроль за поширеними інфекційними захворюваннями.

Слід відмітити, що Японія досягла високого рівня здоров'я населення. Саме ефективна політика збереження здоров'я населення відіграє важливу роль у зменшенні смертності й захворюваності. Люди можуть використовувати профілактичні послуги в центрах охорони громадського здоров'я, муніципальних поліклініках чи клініках. А стан свого здоров'я можна перевірити на територіальному рівні й робочих місцях.

У досліджуваній країні сформована дієва система планування збереження здоров'я населення. Так, у кожній муніципальній області створені комітети з питань сприяння здоров'ю територіальної громади, діяльність яких передбачає розробку планових заходів щодо збереження здоров'я територіальної громади і сприяння участі громадськості у їх реалізації. Довгу тривалість життя в Японії фахівці вбачають результатом скорочення дитячої смертності та смертельних випадків з інфарктами, цереброваскулярних захворювань. Водночас, для суспільства довгожителів характерними є проблеми підвищенням рівня хвороб

Доволі цікавим є досвід Швеції. До пріоритетних проблем громадського здоров'я цієї країни належать: «...проблеми здорових робочих місць; погіршення психічного здоров'я, особливо серед молоді; малорухомий спосіб життя; збільшення вживання алкоголю» [28]. Також в цій країні визначені рівні відповідальності за охорону громадського здоров'я: національний, регіональний і муніципальний. Відповідальними за охорону громадського здоров'я на національному рівні у цій країні визначено: Національний інститут громадського здоров'я; Національна адміністрація охорони навколишнього середовища; Національна адміністрація з надзвичайних ситуацій; Національна дорожня служба. На регіональному рівні такими суб'єктами є префектури (представники публічного управління); регіональні ради (виборні органи,

збирачі податків), а на муніципальному – муніципальні ради (виборні органи), місцеві збирачі податків.

Аналізуючи особливості охорони здоров'я Сполучених Штатів Америки, де оплата медичних послуг, переважно, державою. Статистичні дані свідчать про те, що близько 90% американців користуються приватними страховими компаніями, а витрата на них складають близько 10% сімейного бюджету. Обсяг медичної допомоги, в основному, залежить від обсягу страхового внеску, який сплачується переважно роботодавцями, або професійними товариствами. Витрати США на охорону здоров'я складають 16,4% ВВП. Страхування, також, не означає надання необмеженої кількості необхідних ліків. Більшість населення США користується програмами страхування, серед яких найпопулярнішими є Медікейр та Медікейд, які фінансуються за кошти платників податків. Медікейр – це національна програма страхування для людей віком від 65 років, та тих, які знаходяться «за межею бідності». Медікейд – це «...спільна програма державних і федеральних урядів, яку вони спонсують, 23% американців використовують цю програму» [9]. У Сполучених Штатах Америки «...первинна допомога, зазвичай, надається сімейними лікарями, які працюють поодиноці, або як частина групи, тоді як сімейні лікарі складають третину від загальної кількості лікарів у країні, а більшість приватних лікарів первинної медичної допомоги працюють у невеликих клініках із чисельністю персоналу менше 5 осіб» [9]. Пацієнти можуть обирати лікаря із електронної мережі зареєстрованих постачальників послуг. При цьому, нами з'ясовано, що, в цілому, американцям не подобається сучасний стан розвитку їхньої медицини. Згідно з опитуванням, проведеним «Commonwealth Fund, 82% громадян Сполучених Штатів Америки вважають, що діюча система механізмів публічного управління охороною здоров'я потребує або проведення фундаментальної реформи, або її перебудови. Тому, досвід Сполучених Штатів Америки свідчить про те, що приватне медичне страхування є не ефективним, оскільки це може зумовлювати певні фінансові розбіжності в охороні здоров'я.

Також, заслуговує на увагу досвід управління охороною здоров'я Німеччини. Система охорони здоров'я цієї країни базується на добре структурованому медичному страхуванні, що складається з державного медичного страхування та страхування приватних фондів. «...Державне страхування має близько 89% населення; приватне страхування – 9% німців; 2% населення отримують медичну допомогу за спеціальними державними програмами (військові, поліцейські). Фактичний внесок державного медичного страхування у загальні витрати на охорону здоров'я становить понад 60%. Крім того, кошти надходять із інших складових системи державного страхування (із фондів пенсійного страхування, страхування від виробничих травм)» [9]. Також, гроші надходять із державної скарбниці. Внески до державного медичного страхування збираються лікарняними фондами (незалежними органами самоврядування). «Урядове агентство контролює їх діяльність та керує нею. На федеральному рівні, систему охорони здоров'я очолює Федеральне Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення, яке, також, має загальну політику щодо державного медичного страхування (перш за все, щодо питання рівності, повноти, порядку надання та фінансування соціальних медичних послуг)» [7]. Державно-правове регулювання всієї німецької системи соціального страхування, в основному, базується на Соціальному кодексі. Основним джерелом фінансування охорони здоров'я у Німеччині «... є самоврядні регіональні та федеральні лікарняні фонди, які збирають внески та забезпечують фінансування охорони здоров'я на рівні соціального забезпечення держави, а всі лікарні є некомерційними організаціями, які зобов'язані сплачувати членські внески та мають право встановлювати ставку внеску, необхідну для покриття витрат» [8]. До переваг системи охорони здоров'я в Німеччині варто віднести високу якість медичної допомоги, високу якість медичного обладнання в установах профілактичної допомоги, висока кваліфікація медичних працівників та доступність медичної допомоги. Система медичного страхування передбачає надання спектру безкоштовних послуг, що охоплює як амбулаторне так і стаціонарне лікування,

а також надання ліків за рецептом, забезпечення медичним обладнанням, оплату проїзду до медичного закладу.

У Великобританії «...основна частина фінансування надходить з державного бюджету і розподіляється зверху по управлінській вертикалі. Централізоване фінансування, також, допомагає «стримувати» зростаючі витрати на лікування. Страхіві організації та застраховані особи мають можливість контролювати використання страхових фондів. Застраховані особи, також, можуть обрати лікаря та лікувальну установу» [27]. Фінансування таких систем здійснюється із трьох джерел: «...1. Страхіві внески підприємців (відрахування із доходів). 2. Страхіві внески осіб, які працюють (відрахування із заробітної плати). 3. Кошти з державного бюджету. Основним постачальником-надавачем послуг із охорони здоров'я є Національна служба охорони здоров'я (National Health Service, NHS), яка звітує перед Департаментом (Міністерством) охорони здоров'я. Вона забезпечує мешканців практично всіма необхідними медичними послугами, стаціонарними препаратами та іншими медичними витратами, на безоплатній основі. Пільги щодо соплатежу передбачені для соціально вразливих та нужденних груп населення» [27]. Медичні послуги у Великобританії поділяються на первинні, стоматологічних і офтальмологічних відділеннях та вторинні. «...Функціонування Національної служби охорони здоров'я у Великобританії не виключає роботи закладів приватної медицини, що фінансуються за рахунок коштів від приватного страхування, яким охоплюється близько 8% населення країни» [30]. В останні роки, Національна служба охорони здоров'я все активніше залучає приватний сектор з метою збільшення своїх ресурсних можливостей.

## Висновки до розділу 1

Узагальнюючи наукові підходи до трактування здоров'я, можна розглядати його сутність як стан функціонування організму на всіх рівнях його організації; як динамічна рівновага (гармонія) життєвих функцій організму; як повноцінне виконання основних соціальних функцій, здійснення активної трудової діяльності та прийняття участі у житті суспільства; як спроможність організму адаптуватися до умов мінливого зовнішнього середовища; як відсутність патологічних змін і нормальне самопочуття; як повне благополуччя фізичного, духовного, розумового та соціального характерів. Враховуючи вагомість проблематики збереження здоров'я населення як на індивідуальному, так і на національному рівнях, на рівні держави здійснюється комплекс заходів чи зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави, що реалізується через політичні, організаційні, економічні, правові, соціальні, культурні, наукові та медичні засоби для збереження національного генофонду, гуманітарного потенціалу та врахування вимог та інтересів як окремо взятого індивідуума, так і суспільства загалом, що в сукупності і є публічною політикою збереження здоров'я населення.

У теорії публічного управління виокремлюють три альтернативні моделі формування сучасної політики збереження здоров'я населення, а саме 1 - передбачає перехід на ринкові відносини та конкурентні засади функціонування закладів охорони здоров'я; 2 - існування державної медицини за кошти державного і місцевих бюджетів, комунальної і приватної – за кошти громад і громадян, 3 - система державного управління медичним обслуговуванням при збереженні поступового введення в дію деяких ринкових механізмів.

Проблема збереження здоров'я населення завжди була присутня в системах охорони здоров'я різних країн та в політиці державного управління. Проте, кожна країна має свої особливості реалізації публічної політики збереження здоров'я населення, що обумовлюються зміною стану здоров'я

суспільства, причинами та детермінантами цих змін, а також рівнем економічного розвитку та принципами організації і фінансування системи охорони здоров'я. У кваліфікаційній роботі розглянуто досвід Польщі, Японії, США, Німеччини, Великобританії.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

#### 2.1. Аналіз стану показників здоров'я населення

Стан здоров'я населення будь-якої країни є ключовим фактором соціально-економічного розвитку країни, адже визначає стан людських ресурсів, а отже кадрового потенціалу для держави, інвесторів, роботодавців та інших учасників господарських відносин. Індикаторами ефективності публічної політики збереження здоров'я населення виступають показники стану здоров'я населення. Як зазначалось вище (п.1.1, рис.1.1) до таких показників належать показники смертності, показники захворюваності, середня очікувана тривалість життя при народженні та самооцінка стану здоров'я населення. У розрізі вказаних показників проведемо аналіз.

Так, аналізуючи статистичні дані, сформовані та оприлюднені Світовим банком щодо стану здоров'я України та її найближчих сусідів [46], таких як Молдова, Румунія, Угорщина, Словаччина, Польща, Білорусь (табл.2.1.), можна зробити певні висновки.

*Таблиця 2.1*

#### Показники тривалості життя населення України та інших країн

Країна	Загальна чисельність населення (тис. осіб.) (2018 р.)			Очікувана тривалість життя при народженні (2016 р.)			Очікувана тривалість здорового життя (2016 р.)		
	Ч	Ж	З	Ч	Ж	З	Ч	Ж	З
Україна	20 491	23 755	44 246	67,6	77,1	72,5	60,3	67,6	64,0
Молдова	1 943	2 108	4 052	67,6	75,3	71,5	60,7	66,4	63,6
Румунія	9 491	10 015	19 506	71,6	79,0	75,2	63,7	69,7	66,6
Угорщина	4 618	5 090	9 708	72,3	79,4	76,0	64,1	69,5	66,8
Словаччина	2 654	2 799	5 453	73,8	80,9	77,4	65,3	71,2	68,3
Польща	18 380	19 541	37 922	73,8	81,6	77,7	65,4	71,7	68,5
Білорусь	4 400	5 053	9 453	68,8	79,2	74,2	61,4	69,3	65,5

Примітка. Наведено за [31;46]

Так, статистичні дані Світового банку свідчать про те, що в Україні чисельність чоловічого населення становить понад 20491 тис. осіб, жіночого населення – понад 23755 тис. осіб. Очікувана «...тривалість життя при народженні чоловіків складає понад 68 років (67,6), жінок – більше як 77 років (77,1), очікувана тривалість здорового життя складає серед чоловіків понад 60 років (60,3), серед жінок – понад 68 років (67,6)» [44]. Порівнюючи значення цих показників із аналогічними показниками інших країн, зазначимо, що серед досліджуваних країн за очікуваною тривалістю життя Україна поступається всім країнам (окрім Молдови де очікувана тривалість життя при народженні жінок становить 75,3 роки, що на 2 роки менше ніж в нашій країні, та загальним показником очікуваної тривалості життя, що на 1 рік менший ніж в Україні. Варто відмітити, що найбільше значення показника очікуваної тривалості життя при народженні у Польщі та Словаччині – 77,7 та 77,4 роки відповідно. При цьому значення показника очікуваної тривалості здорового життя найвищі в Угорщині (66,8 років) та в Румунії (66,6 років). В Україні ж очікувана тривалість здорового життя становить 64 роки (див. табл.2.1).

Окрім цього, узагальнюючим показником може бути індекс здоров'я. Варто відмітити, що при розрахунку цього показника враховуються основні трансформації, які відбуваються в системі охорони здоров'я у процесі її реформування. Розрахунок цього показника в Україні проводиться лише з 2016 року по Україні в цілому та у розрізі регіонів. В ньому в раховано ті основні новації сучасної реформи сфери охорони здоров'я, зокрема фінансові, а саме фінансування по принципу «гроші ходять за пацієнтом», що дозволяє пацієнту обирати лікаря та медичну установу для отримання необхідних медичних послуг, і саме ці отримані послуги держава фінансує. Серйозні виклики перед охороною здоров'я поставила пандемія коронавірусної інфекції, з якою світ стикнувся у 2020 році.

Індекс здоров'я відображає ставлення та поведінку користувачів медичних послуг, що безпосередньо де термінується впливом окреслених вище чинників. Сутнісно цей показник виступає мірою мірою задоволеності



споживачів медичних послуг та може слугувати інформаційною базою для прийняття рішень суб'єктами публічної політики збереження здоров'я.

За своїм змістом «Індекс здоров'я. Україна» є серією опитувань щодо вивчення задоволеності медичною допомогою, оцінки ставлення до реформування системи охорони здоров'я, вибрав оцінку політики щодо здорової поведінки, досвіду звернень і витрат на медичну допомогу в Україні.

Так, в рамках оцінювання індексу здоров'я на національному рівні в межах України за 2020 рік отримано наступні результати (рис.2.1):

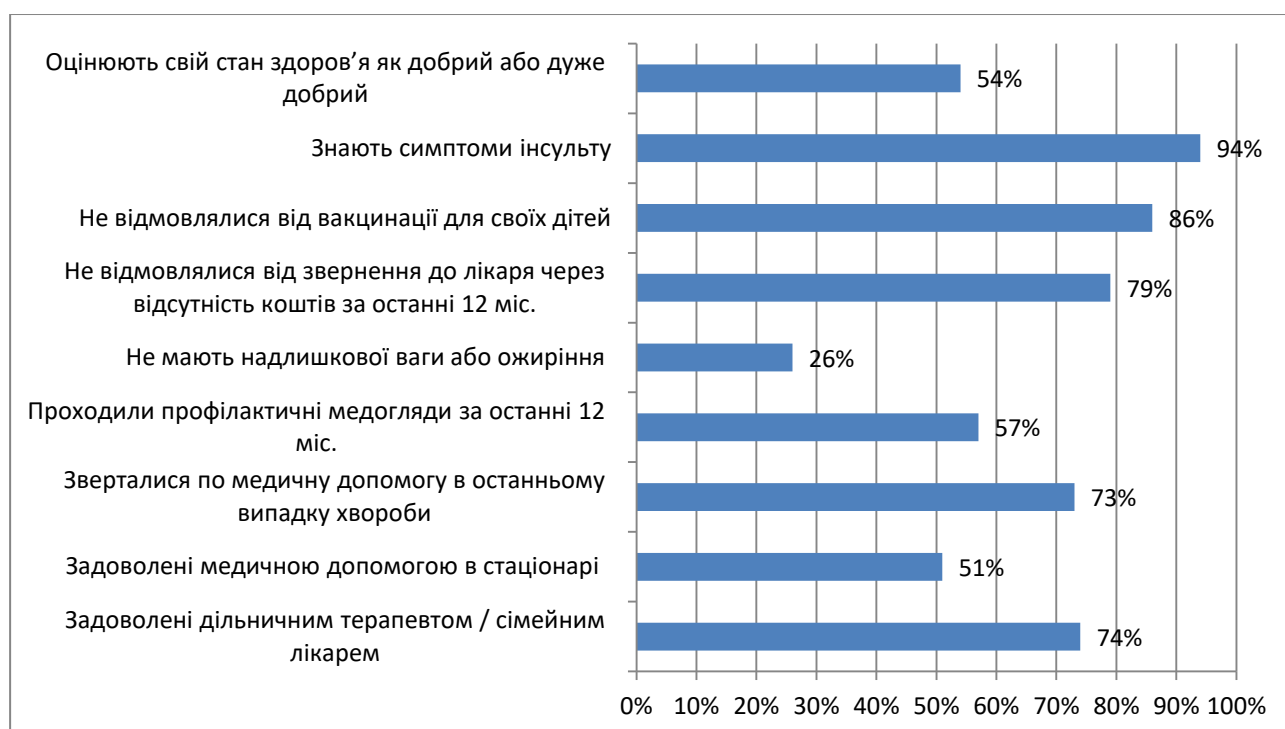


Рис.2.1. Складові індексу здоров'я населення в Україні у 2020р.

Примітка. Побудовано на основі [23]

Так, «задоволеними дільничним терапевтом / сімейним лікарем є 74% опитаних споживачів медичних послуг. Задоволені медичною допомогою в стаціонарі 51%. По медичну допомогу в останньому випадку хвороби зверталися 73% опитаних. Проходили профілактичні медогляди за останні 12 міс. 57%. Не відмовлялися від звернення до лікаря через відсутність коштів за останні 12 міс. 79%. Від від вакцинації для своїх дітей не відмовлялися 86%. Знають симптоми інсульту 94%. Оцінюють свій стан здоров'я як добрий або дуже добрий 54%. Не мають надлишкової ваги або ожиріння 26%» [23].

Витрати на ліки протягом останніх 30 днів опитанні оцінюють у 750 грн.

Аналіз результатів дослідження індексу здоров'я в динаміці у регіональному вимірі дозволяє зробити висновки про те, що споживачі медичних послуг Хмельницької області дещо краще оцінюють свій стан здоров'я у розрізі оцінюваних критеріїв. Так, зокрема, задоволеними дільничним терапевтом / сімейним лікарем є 80% опитаних споживачів медичних послуг (табл.2.2). При цьому, зауважимо що у динаміці 2016-2020рр. є динамічним та змінюваним. Задоволені медичною допомогою в стаціонарі 69% опитаного, що значно вище аналогічного показника по Україні. По медичну допомогу в останньому випадку хвороби зверталися 80% опитаних, що на 7% аналогічного показника по Україні. Проходили профілактичні медогляди за останні 12 міс. 70%. Не відмовлялися від звернення до лікаря через відсутність коштів за останні 12 міс. 79%. Від від вакцинації для своїх дітей не відмовлялися 86%. Знають симптоми інсульту 94%. Оцінюють свій стан здоров'я як добрий або дуже добрий 63%» [23].

Таблиця 2.2.

**Складові індексу здоров'я в Хмельницькій області у 2020р. [23]**

Показник	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.
Задоволені дільничним терапевтом / сімейним лікарем	79%	71%	60%	80%
Задоволені медичною допомогою в стаціонарі	72%	58%	29%	69%
Зверталися до лікаря в останньому випадку хвороби	39%	65%	44%	80%
Проходили профілактичні медогляди за останні 12 міс.	55%	62%	70%	70%
Витрати на ліки протягом останніх 30 днів (грн.)	289	280	398	752
Не відмовлялися від звернення до лікаря через відсутність коштів за останні 12 міс.	57%	76%	61%	79%
Не відмовлялися від вакцинації для своїх дітей	52%	87%	24%	79%
Знають хоча б два симптоми інсульту	49%	46%	15%	41%
Оцінюють свій стан здоров'я як добрий або дуже добрий	48%	54%	29%	63%

Самооцінка стану здоров'я проводиться різними аналітичними агентствами та громадськими організаціями. Так, зокрема з 16 по 22 квітня

2021 року Київський міжнародний інститут соціології (КМІС) провів опитування громадської думки «Омнібус» на основі використання методики методом САТІ (телефонні інтерв'ю з використанням комп'ютера, computer-assisted telephone interviews) на основі випадкової вибірки номерів мобільних телефонів. Репрезентативна вибірка для населення віком від 18 років. В рамках опитування проведено 2003 інтерв'ю. Статистичну похибку вибірки експерти оцінюють на рівні 2,4% для показників, близьких до 50%, 2,1% — для показників, близьких до 25%, 1,5% — для показників, близьких до 10%.

Ця інституція відслідковує динаміку самооцінки стану здоров'я населенням України з 1995 року. Результати досліджень представлені на рис.2.2.

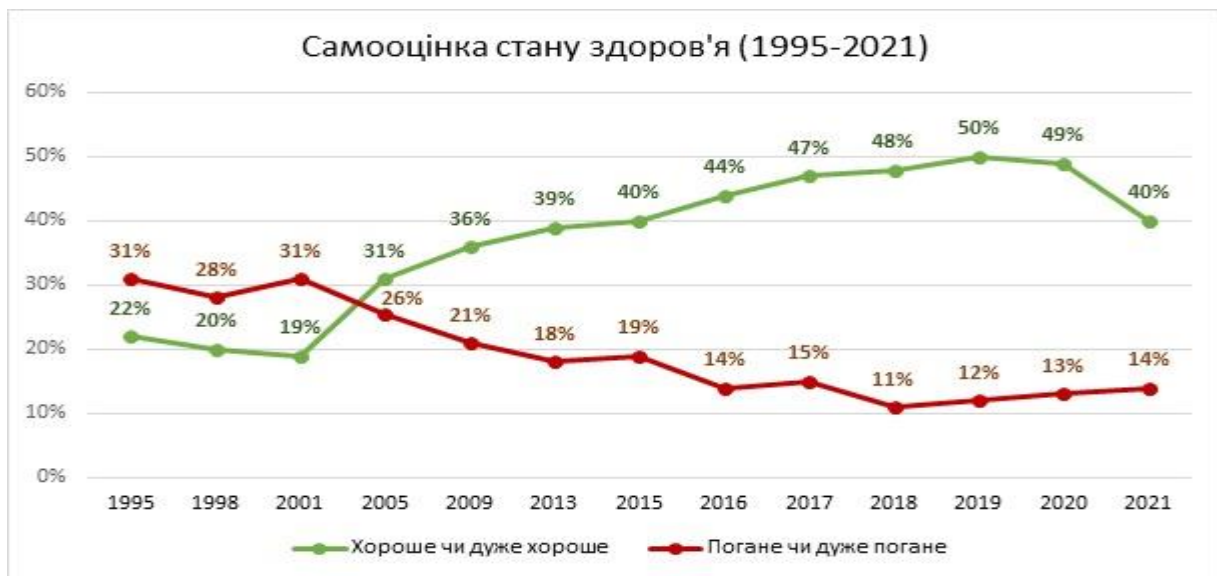


Рис.2. 2. Динаміка самооцінки стану здоров'я українців, 1995-2021 рр. [56]

На основі даних опитувань можна зробити висновок про те, що, протягом останніх кількох років характерним є тренд щодо перманентного зростання частки здорових жителів України, зокрема якщо в 2013-2015 роках близько 40% українців здоровими вважали себе, то, починаючи з 2016 року, цей показник зростав і у 2019-2020 роках складав близько 50%. Водночас, експерти цієї організації вважають, що ситуація з пандемією ковіду, «...наклали відбиток на здоров'я та самопочуття українців: згідно з даними дослідження 2021 року, 40% опитаних оцінюють стан власного здоров'я як добрий, а 14% – як поганий» [56].

Загалом, станом на квітень 2020 року 40% опитаних жителів України оцінили своє здоров'я як хороше або дуже хороше, 46% – як посереднє (не хороше, і не погане) або не змогли визначитись, а 14% – як погане або дуже погане (табл.2.3).

Таблиця 2.3

**Розподіл опитаних за самооцінюванням стану здоров'я населення за регіонами [56]**

Регіон	N	Дуже погане, %	Погане, %	Посереднє, %	Добре, %	Дуже добре, %
<b>Україна</b>	<b>10 148</b>	<b>2,0</b>	<b>10,1</b>	<b>37,9</b>	<b>40,2</b>	<b>9,8</b>
Вінницька	411	2,9	11,7	36,2	34,3	14,9
Волинська	409	0,8	6,4	33,7	39,7	19,4
Дніпропетровська	403	4,8	11,1	41,2	35,7	7,1
Донецька	400	1,2	6,3	54,9	31,6	6,0
Житомирська	408	0,2	15,7	36,8	38,8	8,5
Закарпатська	405	0,0	7,0	30,8	55,2	7,0
Запорізька	405	3,4	15,9	46,9	27,3	6,4
Івано-Франківська	402	1,8	5,0	47,6	37,0	8,6
Київська	399	2,5	12,7	33,6	43,6	7,7
Кіровоградська	408	0,4	13,6	36,9	44,5	4,6
Луганська	405	0,2	6,8	27,4	52,8	12,8
Львівська	408	1,6	10,1	32,4	50,8	5,1
Миколаївська	404	4,9	14,7	39,0	33,3	8,1
Одеська	406	2,6	8,7	30,1	46,3	12,2
Полтавська	410	3,2	7,7	35,8	41,6	11,8
Рівненська	408	1,0	8,9	26,4	45,3	18,4
Сумська	408	1,4	12,0	32,7	44,8	9,1
Тернопільська	405	3,0	12,2	35,4	33,9	15,5
Харківська	408	2,3	11,4	39,3	37,8	9,2
Херсонська	406	2,3	13,6	37,5	32,1	14,6
Хмельницька	412	1,0	5,4	30,7	43,7	19,1
Черкаська	402	3,9	12,7	42,6	30,0	10,8
Чернівецька	409	1,4	7,0	40,7	46,2	4,7
Чернігівська	406	2,6	16,4	35,9	39,1	6,1
м. Київ	401	0,2	8,7	34,6	44,8	11,8

Порівняно з 2020 роком «...суттєво зменшилась (на 9 відсоткових пунктів) частка тих, хто вважає себе здоровим, і, відповідно, зросла частка тих, хто оцінює своє здоров'я посередньо (на 8 відсоткових пунктів)» [56] (див. табл.2.3).

У регіональному вимірі найбільш песимістично оцінюють стан свого здоров'я жителі Запоріжжя (лише 33,7% позитивних оцінок і 19,3 негативних). Добрим своє здоров'я оцінюють близько 2/3 населення Луганської, Рівненської, Хмельницької та Закарпатської областей. Сумська область продемонструвала найбільший прогрес за 13 рік поряд із Хмельницькою, а Миколаївська область та м. Київ засвідчили відчутне падіння показника [55;56].

Стан здоров'я може деретмінуватися впливом різних чинників. В процесі само оцінювання беруться до уваги такі, як вік, стать, рівень матеріального добробуту, місце проживання або інші фактори. Щодо диференціації за цими параметрами згідно з даними опитування зауважимо, що за віковою ознакою спостерігається закономірність, що «...чим старша вікова група респондентів, тим менша частка здорових (за самооцінкою) серед них. Зокрема серед людей віком від 18 до 29 років здоровими почуваються 66%, у віковій групі 30-39 років – 57%, віком 40-49 років – 47%, віком 50-59 років – 28%, віком 60-69 років – 16%, а серед людей віком 70 років або старших – 13%» [56].

Аналізуючи стан здоров'я населення України за статевою ознакою відмітимо, що чоловіки оцінюють своє здоров'я кращим, аніж жінки: якщо серед чоловіків 50% оцінюють своє здоров'я як хороше або дуже хороше, тоді як серед жінок цей відсоток складає лише 32%. Серед чоловіків 9% оцінюють своє здоров'я як погане або дуже погане, тоді як серед жінок – 19%

Таку різницю експерти пов'язують із різною середньою тривалістю життя жінок в Україні, яка приблизно на 10 років вища, ніж чоловіків (77 років у жінок і 67 – у чоловіків), тому «... частка жінок у найстарших вікових групах, яким притаманна найнижча самооцінка стану здоров'я, ще більша, ніж серед молодших (так, серед людей, старших за 79 років, жінки складають 70%, а чоловіки лише 30%)» [56].

Також відмітимо, що відсоток тих, хто почувається здоровим, дещо вищий у містах (42%), аніж у сільській місцевості (36%). Окрім цього, зберігається прямолінійний зв'язок між станом здоров'я та рівнем матеріального добробуту:

чим кращий матеріальний рівень життя, тим вища частка тих, хто має хороше здоров'я. Так, серед опитаних, які знаходяться за межею бідності здоровими себе назвали 14%, тоді як серед людей із високим рівнем матеріального добробуту 47%, а серед людей із дуже високим рівнем фінансового забезпечення – 64% . Вказана тенденція свідчить про те, що чим вищий рівень матеріального добробуту, тим більше є можливостей для піклування про здоров'я.

Також стан здоров'я є важливою умовою для відчуття щастя. Результати експертних оцінок свідчать про те, що серед тих, хто має хороше або дуже хороше здоров'я, щасливими почуваються 85%, тоді як серед тих, хто має погане або дуже погане здоров'я, щасливими є 40% опитаних

## **2.2. Оцінка факторів впливу на стан публічної політики збереження здоров'я населення**

На стан публічної політики збереження здоров'я населення впливають фактори як зовнішнього так і внутрішнього середовища.

На сьогодні для системи охорони здоров'я притаманними є комплекс проблем політичного, технологічного, демографічного, соціального та екологічного характерів, які у своєму комплексі здійснюють вплив на стан здоров'я населення. При цьому щоразу року зростає потреба в одержанні громадянами якісних медичних послуг, рівень якості також відображається на стані здоров'я населення. З огляду на це, постає питання зростання витрат бюджетних коштів та обсягів використаних ресурсів, що обумовлюється такими причинами, як: «...підвищення темпів старіння населення держави, недотримання громадянами здорового способу життя, зміна характеру та прогресивність хвороб, здорожчання вартості надання медичних послуг через підвищення кваліфікаційного рівня лікарів та впровадження у медичну сферу

інноваційних технологій, що, відповідно, зумовлює зростання вимог громадян щодо якості таких послуг» [4, с.283].

Варто відмітити, що однією із особливостей розвитку системи охорони здоров'я України є випереджаючі темпи зростання обсягів витрат на медичне обслуговування порівняно із темпами підвищення рівня ВВП держави. Зазначене обумовило появу конфлікту інтересів, проявом якого є розбіжності між наявними обмеженими фінансовими ресурсами держави та потребою постійно підвищувати якість та доступність медичних послуг для громадян.

Починаючи із 2018 року в Україні розпочато впровадження медичної реформи, в рамках чого відбулась низка поступальних змін, що в перспективі матиме позитивний вплив на підвищення рівня здоров'я населення. Серед таких змін можна виокремити:

- по-перше, оновлення законодавчої бази системи охорони здоров'я;
- по-друге, реалізація програми щодо функціонування абсолютно нової системи надання первинної медичної допомоги, згідно якої заробітна плата лікаря загальної практики – сімейної медицини залежить безпосередньо від кількості пацієнтів, а педіатра - від кількості його пацієнтів;
- по-третє, обрання пацієнтом лікаря загальної практики – сімейної медицини, або педіатра та укладання електронної декларації про надання медичного обслуговування;
- по-четверте, перехід медичних установ на повне державне фінансування послуг (наприклад, у 2020 році, 40 % бюджетних коштів установ складала оплата за фактично надані пацієнту послуги, а 60 % – бюджет закладу охорони здоров'я).

У 2020 році, у державному бюджеті виділені кошти на програму медичних гарантій (покриття пакету страхування) в обсязі 72 млрд. грн., що складає більше 60 % коштів на усю медичну сферу.

За своєю структурою розподіл грошових коштів наступний: «...на спеціалізовану допомогу – 44,4 млрд. грн.; на екстрену допомогу – 4,6 млрд. грн. (+ 1,9 млрд.грн. на розвиток); на реабілітацію – 0,5 млрд. грн.; на

паліативну допомогу – 0,3 млрд. грн.; на програму «Доступні ліки» (надання безкоштовних ліків, або з частковою доплатою) – 2,1 млрд.» [19].

Загалом, експерти оцінюють трансформацію моделі фінансування, що пов'язано зі споживчим вибором громадян позитивно із очікуванням у перспективі тенденцій щодо підвищення якості надання медичних послуг. Це потребує належного ресурсного забезпечення, в першу чергу фінансового, в іншому випадку при обмеженості бюджетних коштів на розвиток галузі охорони здоров'я можливим буде подовження терміну очікування на деякі види медичних послуг або бмеження доступу до деяких видів послуг, що може спричинити зростання рівня незадоволеності населення та прискорити темпи розвитку альтернативних моделей фінансування. Досвід впровадження інновацій у розвинених країнах світу, свідчить про те, що «...на рівні надання фахової допомоги пацієнтам вузькими спеціалістами існує великий ризик появи такого ефекту незадоволеності в процесі реалізації запланованих рішень» [11].

Проблематика обмеженості бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я призводить до неможливості підвищення її якості, а не належний рівень якості медичних послуг позначається на стні здоров'я населення. Серед основних проблем у цій сфері можна виокремити наступні (2.4).

Таблиця 2.4

### Причини неефективного функціонування системи охорони здоров'я

№ з/п	Причина неефективного функціонування системи охорони здоров'я	Коротка характеристика
1	Недостатня кількість спеціалістів	Знижується якість наданих послуг через високий рівень завантаженості медичного персоналу
2	Низький рівень кваліфікації медичного персоналу	Різні лікарі можуть на однакові симптоми та скарги пацієнта поставити різні діагнози і призначити різне лікування, що може спричинити лікування без очікуваного ефекту
3	Недостатня кількість медичного обладнання та його моральна застарілість	На сьогодні, більшість діагностичних та лікувальних процесів здійснюють на обладнанні з радянських часів, яке є менш точним та малофункціональним, аніж сучасне, а обстеження на інноваційному обладанні - коштує у рази більше
4	Низький рівень заробітних плат та відсутність дієвої системи стимулювання та мотивації	Через низький рівень заробітних плат, відсутність дієвої системи стимулювання та мотивації, недостатню соціальну захищеність, кваліфікований медичний персонал виїжджає за кордон.
5	Невідповідність підготовки персоналу до потреб сучасної системи охорони здоров'я	Брак фінансових коштів, брак медичного персоналу спричиняє завантаженість фахівців, їх недоукомплектуваність необхідним обладнанням тощо

Примітка. Наведено за [22].



Несвоєчасне надання медичних послуг може бути наслідком недостатньої кількості фахівців, сучасного обладнання, а, також, збільшенням цін на лікарські засоби та на оплату за ці ж послуги. Слід констатувати і той факт, що система охорони здоров'я України на сьогодні недостатньо забезпечена матеріально-технічними ресурсами, так як більша частина медичного обладнання та техніки є морально і фізично застарілою, а рівень конкурентоспроможності вітчизняних виробників медичного обладнання є доволі низьким через відсутність інноваційних технологій.

Часткового вирішення вказаних проблемних моментів можна досягти за рахунок розвитку приватного ринку медичних послуг. Однак, у цьому напрямі також наявні певні деструктивні фактори, до яких фахівці відносять: «...відсутність системи лікарського самоврядування, спрямованого на захист прав пацієнтів і професійних прав лікарів, невизначеність його нормативно-правової бази; відсутність гарантій відшкодування ризиків для інвесторів; невідповідність принципів фінансування галузі охорони здоров'я вимогам ринкової економіки і потребам ринку медичних послуг; відсутність ринку страхової медицини та обов'язкового медичного страхування громадян; непрозорість в вітчизняного ринку медичних послуг, наявність монопольних позицій окремих медичних закладів; низька якість надання медичної послуги; непрозорість структури і способів ведення бізнесу; незавершеність процесу розробки законодавчо-правової бази надання платних медичних послуг» [6].

Узагальнюючи вище викладене можна зазначити, що публічна політика збереження здоров'я характеризується певними особливостями. Так, аналізуючи сучасний стан публічної політики збереження здоров'я населення можна виокремити наступні тренди:

- по-перше, зміни в системі фінансування охорони здоров'я. Однією із перманентних проблем у цій сфері є нестача державних коштів, що призводить до скорочення обсягів медичної допомоги, яка надається на безоплатній основі. Одним із пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я

є «...розвиток системи громадського здоров'я, та боротьба з епідеміями», на фінансування якого виділено із Державного бюджету 2644,7 млн. грн [19];

- по-друге, отримання закладами охорони здоров'я самостійності щодо вирішення питань внутріуправлінського характеру та організації бізнес процесів;

- по-третє, запровадження чітко визначеного державою гарантованого пакету медичних послуг, що кореспондуються із пріоритетними напрямками розвитку охорони здоров'я та економічними можливостями країни;

- по-четверте, розподіл функцій замовників і постачальників медичних послуг шляхом створення незалежної інституції, що має регіональні структурні підрозділи – Національну службу здоров'я України;

- по-п'яте, застосування нових механізмів оплати медичної допомоги за принципом “гроші ходять за пацієнтом”, що передбачає перехід до оплати постачальникам послуг, які вони фактивно надали. В рамках цих новацій запроваджено змішаний метод оплати на рівні первинної медичної допомоги, де основним критерієм розрахунків слугують нормативи на одного жителя. Так, зокрема в Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я передбачено, що «...для амбулаторної допомоги використовуються фінансування з розрахунку на одного жителя, плата за послугу, чи плата за пролікований випадок, для стаціонарної допомоги - метод фінансування на основі оплати за пролікований випадок із застосуванням діагностично-споріднених груп» [53] ;

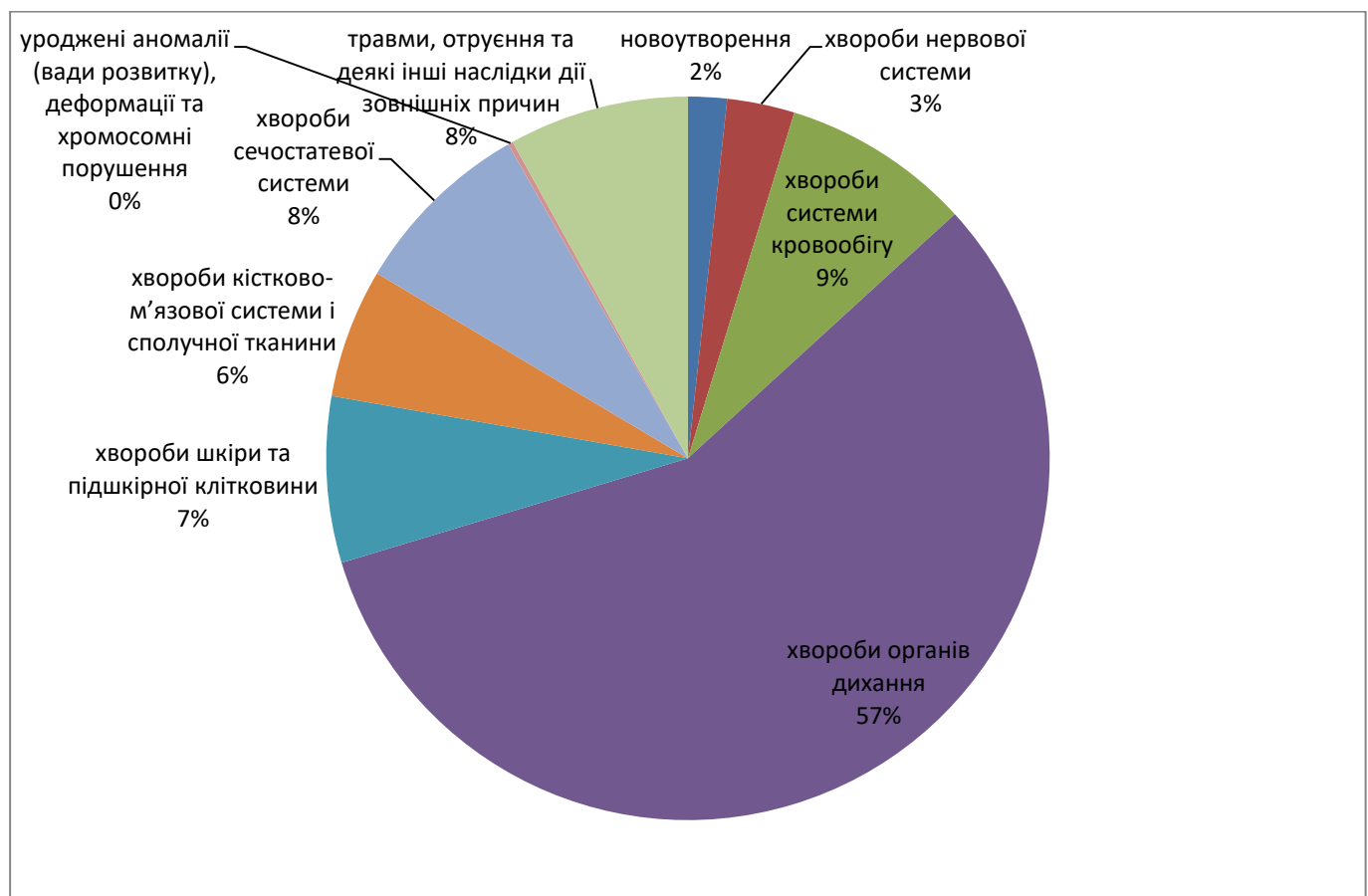
- по-шосте, запровадження системи eHealth, що передбачає переведення медичної документації в електронну форму, що сприяє оперативному та точному збору даних про необхідні послуги на рівні окремих адміністративно-територіальних одиниць та точнішим розрахункам тарифів.

Таким чином, в рамках реформування системи охорони здоров'я відбувається зміна підходів щодо організації та фінансування засобів публічної політики збереження здоров'я населення. Ті трансформаційні зміни, які відбуваються у сфері охорони здоров'я спрямовані на підвищення контролю

якості медичної допомоги, результативності публічного управління та у підсумку - досягнення високого рівня суспільного добробуту.

Також в рамках вивчення чинників впливу на стан здоров'я населення варто розглянути проблематику виникнення хвороб та причин їх поширення, що визначаються природно-екологічними та соціально-економічними чинниками, зокрема: способом життя, доходами населення, житловими умовами, структурою харчування та інш. Науковці по-різному обґрунтовуються класифікаційні підходи до вибору факторів захворюваності та здоров'я населення.

Аналізуючи статистичні дані щодо захворюваності населення України можна відмітити, превалювання у структурі хвороб органів дихання . На другій позиції знаходяться хвороби органів дихання (57%). Дещо меншу частку у структурі займають хвороби системи кровообігу (9%), хвороби сечостатевої системи (8%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (8%) (рис.2.3)



.Рис. 2. 3. Структура захворюваності населення України [45]

Зауважимо, що науковці виділяють такі основні групи факторів охорони здоров'я, як: «...спосіб життя, біологічні фактори, стан навколишнього (природного) середовища, обсяг і якість медичної допомоги» [65]. При цьому інтенсивність впливу цих груп факторів відрізняється. Зокрема, на першу групу (паління, зловживання алкоголем, вживання наркотиків, нераціональне харчування, праця в шкідливих умовах, стреси, гіподинамія, незадовільні побутові умови та гіперурбанізація) припадає 51-52% загального впливу. Чинники «... навколишнього середовища (зокрема, забруднення повітря, води, ґрунту, понаднормовий рівень радіації, електромагнітні поля тощо) охоплює 20-21% впливу, біологічні фактори (спадковість, стать, вік тощо) - 19-20%. На групу факторів, пов'язаних із обсягом і якістю медичної допомоги (зокрема, вакцинація, періодичність медичних обстежень, своєчасність та якість лікування) припадає 8-9% впливу» [36].

Крім цього, значний вплив на стан здоров'я населення можуть здійснювати такі чинники, як спадковість і генетичні задатки; рівень розвитку системи охорони здоров'я; рівень життя населення; рівень розвитку продуктивних сил; стан навколишнього середовища; політичні рішення щодо розвитку охорони здоров'я [7].

### **2.3. Оцінка інституційного забезпечення публічної політики збереження здоров'я населення**

Формування публічної політики збереження здоров'я населення потребує належного інституційного забезпечення. Під інституційним забезпеченням розглядатимемо організаційну систему зв'язків і правових норм, які регламентують сферу політико-адміністративних відносин щодо охорони

здоров'я в частині збереження здоров'я населення, а також сукупність ролей, функцій, структур, які забезпечують вироблення й реалізацію цієї політики та розвиток самої системи публічного управління.

В рамках оцінювання інституційного забезпечення публічної політики збереження здоров'я населення розглянемо суб'єкти, які здійснюють публічне управління у цій сфері. Так, всіх суб'єктів, які здійснюють публічне управління у сфері охорони здоров'я в цілому та щодо збереження здоров'я населення зокрема, можна поділити на чотири групи, такі як:

- вищі органи державної влади;
- органи виконавчої влади загальної компетенції;
- органи виконавчої влади галузевої компетенції;
- органи місцевого самоврядування .

Відповідно до чинного законодавства значні повноваження законодавчого та адміністративного характеру у сфері охорони здоров'я мають Президент України та Верховна Рада України. Кабінет Міністрів України є центральним колегіальним органом виконавчої влади, який «...організовує розробку та реалізацію комплексних та цільових загальнодержавних програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність публічного управління системою охорони здоров'я, забезпечують розвиток мережі закладів охорони здоров'я, лежать в основі укладання міжурядових угод та координують міжнародне співробітництво у галузі охорони здоров'я» [20]. Профільним органом у системі центральних органів виконавчої влади, який здійснює формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, в тому числі і щодо збереження здоров'я населення та забезпечує координацію взаємодії між закладами охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України. Основні завдання профільного міністерства відповідно до чинної Постанови КМУ від 25 березня 2015 р. № 267 «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» [49] визначено наступні (рис.2. 4).



Рис. 2. 4. Основні завдання Міністерства охорони здоров'я України

Примітка. Наведено за [49].

Так, до основних завдань Міністерства охорони здоров'я України нормами чинного законодавства віднесено:

- по-перше, завдання щодо розробки та впровадження державної політики у сфері охорони здоров'я, боротьби з ВІЛ/СНІДом та іншими суспільно небезпечними захворюваннями,
- по-друге, завдання щодо організації державної політики у сфері санітарного та епідемічного добробутів населення;
- по-третє, завдання щодо реалізації політики у сфері епідеміологічного нагляду (контролю);
- по-четверте, завдання щодо координування діяльності органів виконавчої влади з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів, протидіючи, їм незаконному обігу, контролю якості та продажу лікарських засобів.

Іншою інституцією, наділеною повноваженнями щодо збереження здоров'я населення є Національна служба здоров'я України, створена у 2017 році, як спеціальний орган виконавчої влади у галузі охорони здоров'я. Діяльність Національної служби здоров'я України регламентується Постановою КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» [50]. Основною метою роботи Національної служби здоров'я України є забезпечення єдиного національного замовлення медичних послуг та медикаментів, які відповідають програмі медичних гарантій.

Національна служба здоров'я України, відповідно до законодавчо визначених повноважень, здійснює відстеження, аналіз та прогнозування потреб громадян у лікарських засобах. Окрім цього, вказана інституція замовляє послуги у медичних установах та лікарів в рамках реалізації програм медичних гарантій. Також Національна служба здоров'я України розробляє програмні проекти медичних гарантій для населення, шукаючи способи та варіанти виставлення рахунків за медичні послуги та відшкодування вартості ліків. Здійснює цей суб'єкт публічної політики укладання та розривання договорів з питань медичного обслуговування громадян та контроль за цільовим використаннями коштів. Може проводити перевірки дотримання медичними закладами та лікарями правил медичної практики та положень угод про охорону здоров'я, забезпечує роботу електронної системи охорони здоров'я тощо.

Іншим закладом охорони здоров'я, який відповідає за збереження та зміцнення здоров'я населення, проведення соціально-гігієнічного моніторингу захворювань, організацію епідеміологічного нагляду і біологічну безпеку, групову та популяційну профілактику захворюваності, боротьбу з епідеміями та стратегічне управління у сфері громадського здоров'я - Центр громадського здоров'я. Ця інституція створена профільним міністерством як санітарно-профілактичний заклад охорони здоров'я, яка має певні функції та виступає координатором програм і проектів у сфері збереження здоров'я населення.

Зауважимо, що об'єктом такого управління виступає здоров'я населення та його стан.

Організаційні принципи забезпечення публічної політики збереження здоров'я населення базуються на положеннях Конституції України та основах законодавства про охорону здоров'я. В них задекларовано право кожної людини на охорону здоров'я, яке потребує належного ресурсного забезпечення. Конституцією України гарантується створення умов для надання ефективної та доступної медичної допомоги для всіх верств населення, відповідно до їх потреб. Конституцією передбачено надання безкоштовних медичних послуг у державних та муніципальних закладах охорони здоров'я [29].

В рамках аналізу нормативно-правового забезпечення публічної політики збереження здоров'я населення відмітимо, що із підписанням Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, в рамках якої Глава 22. «Громадське здоров'я» [61], Україною взято зобов'язання щодо розвитку співробітництва у сфері охорони здоров'я для забезпечення підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини. Це виступатиме передумою економічного зростання та сталого розвитку. Імплементация цієї Глави Угоди про асоціацію України з ЄС в частині системи охорони здоров'я потребує реалізації комплексу заходів, в тому числі і щодо реформування цієї сфери. Серед них має бути розвиток первинної медико-санітарної допомоги, заходи щодо навчання персоналу, розробка комплексу дій щодо попередження та контролю інфекційних хвороб, підвищення рівня готовності до ризику спалахів високопатогенних хвороб, проведення інформаційно-просвітницьких кампаній щодо пропагування здорового способу життя, ідентифікації основних детермінант здоров'я та проблемних сфер у галузі охорони здоров'я.

Загалом, на сьогодні нормативно-правове забезпечення публічної політики збереження здоров'я населення окрім Конституції України та Основ законодавства України про охорону здоров'я регламентується Законами України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" [14], "Про захист населення від інфекційних хвороб" [16], "Про



запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" [15], "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз" [13], "Про психіатричну допомогу" [18], "Про лікарські засоби" [17] та іншими законодавчими актами, прийнятими відповідно до них.

Також у 2016 році затверджено Концепцію розвитку системи громадського здоров'я. Метою цього документа є «...формування та реалізація ефективної державної політики для збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства» [54].

У вказаній Концепції прописані напрямки, завдання, механізми та часові горизонти основних етапів розбудови системи громадського здоров'я в рамках реалізації публічної політики збереження здоров'я населення. Ключовими результатами реалізації дій, передбачених Концепцією має стати підвищення якості життя та збільшення його тривалості, попередження захворювань, мотивування до ведення здорового способу життя.

Положеннями Концепції започатковано перехід на децентралізовану модель збереження здоров'я населення, що передбачає передачу закладів громадського здоров'я в управління органам місцевого самоврядування при збереженні фінансування за рахунок державних коштів.

Особливої уваги на сьогодні заслуговує такий напрям збереження здоров'я населення як імунопрофілактика. Нормативно-правовим актом щодо забезпечення цього напрямку «Стратегію розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2022 року» [55], схвалена Урядом у 2019 році. На її реалізацію внесено корективи до Календаря профілактичних щеплень, затверджені «Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 11.10.2019р. №2070 та Переліку медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень» [42]. Так, при підтримці Всесвітньої організації охорони здоров'я та при технічному супроводі Центру громадського здоров'я

МОЗ України, запроваджено механізм планування закупівлі вакцин, до якого залучаються міжнародні спеціалізовані організації.

У чинних нормативно – правових актах закладено основні організаційні принципи формування публічної політики збереження здоров'я населення, серед яких можна виокремити:

- законність, що передбачає відповідність нормам чинного законодавства та міжнародних договорів;
- міжгалузеве співробітництво, зміст якого можна звести до створення механізмів узгодження цільових орієнтирів, пріоритетних завдань та заходів у сфері громадського здоров'я;
- визначення пріоритетів, який передбачає послідовне виконання програм та реалізації заходів відповідно до суспільних запитів на основі збереження здоров'я населення в усіх сферах діяльності публічної влади, що має передбачати зростання вагомості профільного суб'єкта управління в сфері громадського здоров'я та взаємоузгодження державних політик у всіх інших сфера суспільних відносин;
- ефективність, що зводиться до максимізації результатів за рахунок мінімізації витрат;
- підзвітність, тобто постійне звітування про досягнуті результати як перед суспільством так і перед територіальними громадами;
- спадкоємність, що передбачає збереження цінних знань та досвіду із подальшим його використанням у процесі реалізації публічної політики;
- солідарність, що передбачає співпрацю всіх суб'єктів громадянського суспільства та зацікавлених стейкхолдерів у процесі формування умов та вирішення поточних проблем у сфері громадського здоров'я.

На основі проведеного вище аналізу можливим є виокремлення основних інституційних чинників формування публічної політики збереження здоров'я населення (рис.2.5).

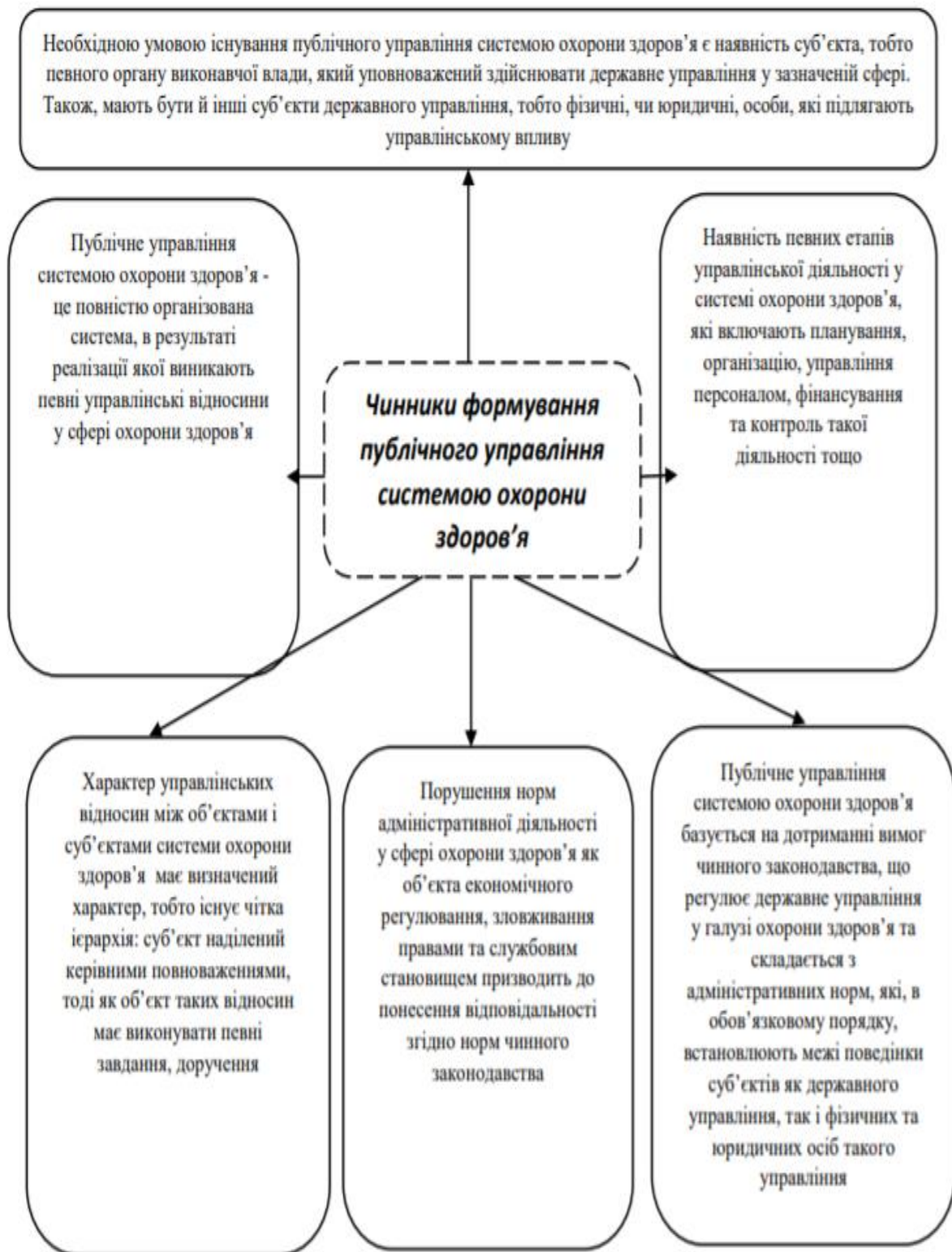


Рис. 2.5. Інституційні чинники формування публічної політики збереження здоров'я населення

Таким чином, проаналізовані складові інституційного забезпечення слугують базисом формування публічної політики збереження здоров'я населення.

## Висновки до розділу 2

Індикаторами ефективності публічної політики збереження здоров'я населення виступають показники стану здоров'я населення, зокрема середня очікувана тривалість життя при народженні, показники захворюваності та самооцінка стану здоров'я населення. У розрізі вказаних показників проведено аналіз у кваліфікаційній роботі, на основі результатів якого зроблено наступні висновки. Статистичні дані Світового банку свідчать про те, що в Україні очікувана тривалість життя при народженні чоловіків складає 67,6 років, жінок – 77,1 років, очікувана тривалість здорового життя складає серед чоловіків - 60,3 років, серед жінок – 67,6 років, а в середньому очікувана тривалість здорового життя становить 64 роки. У роботі проаналізовано складові формування індексу здоров'я на прикладі України в цілому, та Хмельницької області зокрема. За результатами самооцінки станом на квітень 2020 року 40% опитаних жителів України оцінили своє здоров'я як хороше або дуже хороше, 46% – як посереднє (не хороше, і не погане) або не змогли визначитись, а 14% – як погане або дуже погане. У регіональному вимірі найбільш песимістично оцінюють стан свого здоров'я жителі Запоріжжя (лише 33,7% позитивних оцінок і 19,3 негативних). Добрим своє здоров'я оцінюють близько 2/3 населення Луганської, Рівненської, Хмельницької та Закарпатської областей.

На сьогодні для системи охорони здоров'я притаманними є комплекс проблем політичного, технологічного, демографічного, соціального та екологічного характерів, які у своєму комплексі здійснюють вплив на стан здоров'я населення. Аналізуючи статистичні дані щодо захворюваності населення України можна відмітити, превалювання у структурі хвороб органів дихання. На другій позиції знаходяться хвороби органів дихання (57%). Дещо меншу частку у структурі займають хвороби системи кровообігу (9%).

Формування публічної політики збереження здоров'я населення потребує належного інституційного забезпечення. Відповідно до чинного

законодавства значні повноваження законодавчого та адміністративного характеру у сфері охорони здоров'я мають Президент України та Верховна Рада України. Профільним органом у системі центральних органів виконавчої влади, який здійснює формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, в тому числі і щодо збереження здоров'я населення та забезпечує координацію взаємодії між закладами охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України. Іншою інституцією, наділеною повноваженнями щодо збереження здоров'я населення є Національна служба здоров'я України. У роботі проаналізовано інституційні чинники впливу на публічну політику збереження здоров'я населення.

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

#### 3.1. Удосконалення організаційного механізму реалізації публічної політики збереження здоров'я населення

Однією із найбільших цінностей для економічно розвинутої країни є здоров'я громадян. Саме здоров'я громадян є найважливішою складовою соціально-економічного розвитку, що обумовлює необхідність формування державної політики збереження здоров'я населення, цільовими орієнтирами якої має стати забезпечення кращих показників здоров'я людей і тривалості їхнього життя. Результати проведеного попереднього аналізу (п.2.1 та 2.2) свідчать про те, що питання підвищення рівня здоров'я населення України, підвищення тривалості активного життя та очікуваної тривалості життя при народженні є вкрай важливими проблемами, які потребують вирішення через удосконалення механізмів та інструментів управління охороною здоров'я та формування і функціонування дієвої системи громадського здоров'я.

Одним із таких напрямів вбачаємо удосконалення організаційного механізму реалізації публічної політики збереження здоров'я населення. В цьому плані зауважимо, що удосконалення публічної політики збереження здоров'я населення має базуватись на комплексному підході та враховувати всі складові управлінського механізму системи охорони здоров'я.

Зазначимо, що основні цілі механізму публічної політики збереження здоров'я населення вбачаємо наступні:

- забезпечення системи охорони здоров'я висококваліфікованими спеціалістами, що дозволить отримувати якісну медичну допомогу;
- надання гарантованого пакету медичних послуг, які надаються на безкоштовній основі;

- використання новітніх технологій та застосування інноваційних підходів при виробленні концептуальних засад розвитку галузі охорони здоров'я;

- удосконалення механізмів організації та управління у сфері охорони здоров'я в цілому, та в частині збереження здоров'я населення зокрема;

- постійне підвищення професійно-кваліфікаційного рівня персоналу охорони здоров'я;

- перманентне проведення профілактичних заходів як один із чинників збереження здоров'я населення;

- удосконалення нормативно-правового забезпечення публічної політики збереження здоров'я населення;

- формування конкурентного середовища на ринку медичних послуг;

- використання в охороні здоров'я технологій ситуаційного управління для забезпечення її адаптивності динамічних умов зовнішнього середовища.

Для досягнення перелічених вище цілей важливим є забезпечення дотримання суб'єктами реалізації публічної політики збереження здоров'я, таких принципів їх діяльності, як: «...законність, прозорість, систематичність, оптимальність, передбачуваність, пріоритетність, ефективність та соціальна відповідальність» [38].

Саме дотримання цих принципів, дозволить забезпечити підвищення ефективності та результативності механізму публічної політики збереження здоров'я населення, та забезпечення її відповідності вимогам сьогодення та концепції реформування системи охорони здоров'я.

Водночас, в рамках розгляду питання удосконалення організаційного механізму реалізації публічної політики збереження здоров'я населення важливим є чітке визначення об'єктів такої публічної політики. Вважаємо за доцільне їх згрупувати на матеріальні та нематеріальні. До першої групи віднесемо: заклади охорони здоров'я, персонал закладів охорони здоров'я, ліки та основні лікарські засоби, а, також всі види ресурсів, які можуть залучатися у процесі надання медичних послуг в медичній установі. До групи

нематеріальних об'єктів можна віднести службові відносини між суб'єктами публічної політики у сфері охорони здоров'я, систему відносини між пацієнтом та працівником закладу охорони здоров'я, професійний рівень медичного персоналу.

Схематично взаємозв'язок між складовими елементами механізму публічної політики збереження здоров'я населення представлено на рис.3.1.

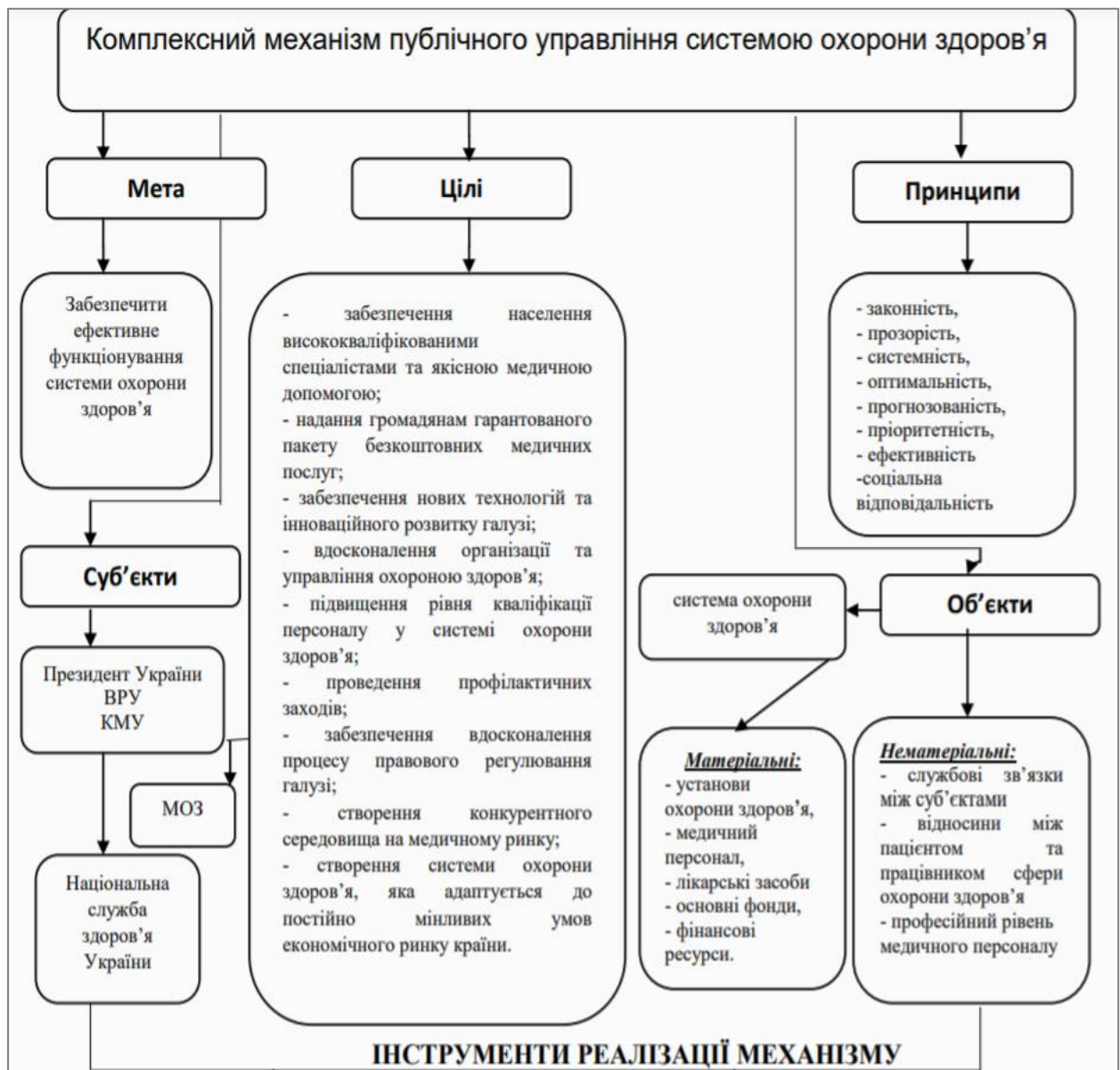


Рис.3.1. Складові елементи механізму публічної політики збереження здоров'я населення

Примітка. Побудовано автором з використанням [12;38]

Для забезпечення дієвості пропонованого механізму публічної політики збереження здоров'я населення необхідним є застосування відповідного



методичного інструментарію його реалізації, що включатиме як безпосередньо інструменти реалізації публічної політики у цій сфері, так і прийоми, способи та методи управління охороною здоров'я. Так, методи реалізації механізму публічної політики збереження здоров'я населення розглядатимемо як сукупність способів, засобів та інструментів, що дозволяють реалізувати функції суб'єктів управління галузі охорони здоров'я. До них віднесемо: адміністративні, економічні, правові та соціально-мотиваційні, деталізація кожного з яких представлена на рис.3.2.

<b>економічні</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•забезпечення фінансування галузі за рахунок бюджетних коштів;</li> <li>•реалізація централізованих поставок медичного обладнання та матеріалів;</li> <li>•фінансування цільових програм охорони здоров'я;</li> <li>•здійснення податкової політики та введення податкових пільг;</li> <li>•придбання нового медичного обладнання;</li> <li>•формування інноваційної політики;</li> <li>•формування амортизаційної політики; регулювання фінансових потоків діяльності медичних організацій державного сектору</li> </ul>
<b>адміністративні</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•розвиток та контроль за виконанням державних програм забезпечення громадян України безоплатним медичним обслуговуванням;</li> <li>•контроль за діяльністю муніципальних та приватних систем охорони здоров'я;</li> <li>•акредитація лікарень, ліцензування медичних послуг;</li> <li>•регулювання цін на медичні послуги, препаратабезпечення фінансування галузі за рахунок бюджетних коштів;</li> <li>•реалізація централізованих поставок медичного обладнання та матеріалів;</li> <li>•фінансування цільових програм охорони здоров'я;</li> <li>•здійснення податкової політики та введення податкових пільг;</li> <li>•формування амортизаційної політики;</li> <li>•регулювання фінансових потоків діяльності медичних організацій державного сектору;</li> <li>•застосування санкцій;</li> <li>•підготовка та планування роботи необхідної кількості персоналу;</li> <li>•атестація медичних працівників;</li> <li>•встановлення стандартів;сертифікація послуг;</li> <li>•видача дозволів на використання нових медичних технологій;</li> <li>•організація та забезпечення державного санітарно-епідеміологічного нагляду за медичними закладам</li> </ul>
<b>соціально-мотиваційні</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•забезпечення соціальної адаптації та реабілітації населення;</li> <li>•реалізація державних соціальних програм та гарантій, соціальне страхування;</li> <li>•забезпечення широкого доступу до інформації про діяльність медичних установ, охорону здоров'я та розвиток усієї галузі, в цілому;</li> <li>•надання інформації про оцінку ефективності державного регулювання медичної галузі;</li> <li>•залучення населення до участі в управлінні галуззю, створення взаємних зобов'язань між виробниками та споживачами медичних послуг;</li> <li>•розвиток телемедицини та методів морального переконання</li> </ul>
<b>правові</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•закони, стандарти, положення, інструкції та бюджет</li> </ul>

Рис. 3.2. Методи та інструменти реалізації механізму публічної політики збереження здоров'я населення

Не менш важливим в рамках удосконалення організаційного механізму публічної політики збереження здоров'я населення є виокремлення показників, які слугуватимуть індикаторами оцінювання ефективності та дієвості цього механізму. До таких показників віднесемо показники, які характеризують розширення доступності медичних послуг, підвищення рівня якості медичних послуг, що надаються закладом охорони здоров'я та умови роботи працівників медичної установи. Систематизація наукових напрацювань у цій сфері дала змогу виокремити наступні показники (рис.3.3) .

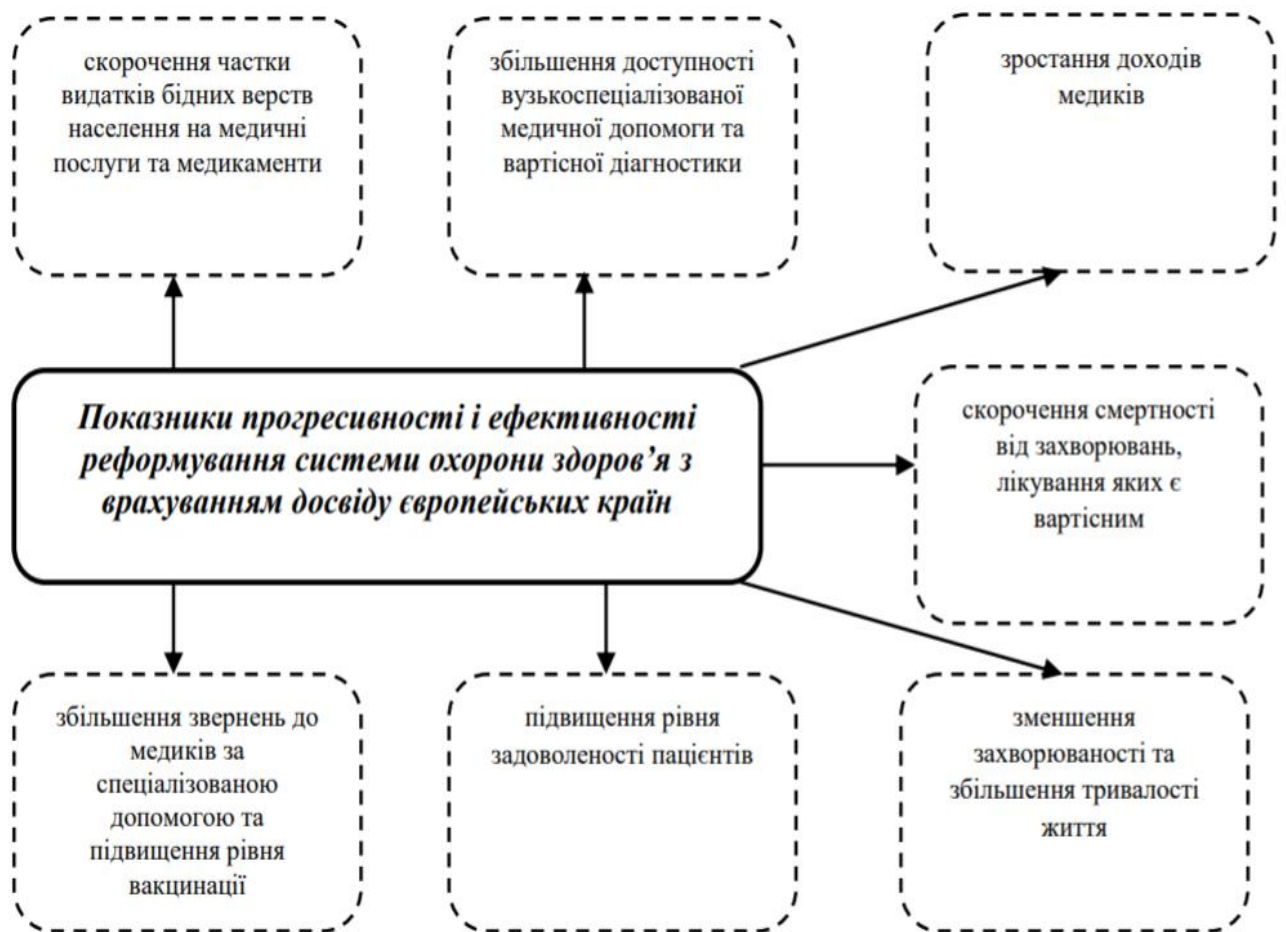


Рис. 3.3. Показники оцінювання дієвості механізму публічної політики збереження здоров'я населення

Примітка. Побудовано на основі [10;66;68]

Побудова механізму публічної політики збереження здоров'я населення на основі комплексного підходу сприятиме як покращенню функціонування системи охорони здоров'я, у цілому так і в частині збереження здоров'я

населення за рахунок надання більшої вагомості профілактиці захворювань населення у системі охорони здоров'я порівняно із лікуванням, зниження рівня захворюваності, підвищення рівня якості надання медичних послуг та ефективності медичного обслуговування та через застосування дієвіших механізмів реалізації публічної політики. Одним із важливих напрямів реалізації цієї політики має бути проведення активних заходів профілактичного характеру з метою попередження захворюваності населення України.

Також варто відмітити, що дієвість механізму публічної політики збереження здоров'я населення значною мірою залежатиме і від рівня координації відносин між усіма суб'єктами та стейкхолдерами цієї публічної політики, такими як органи державної влади, науково-дослідницький персонал, медичний персонал та споживачами медичних послуг. Не менш важливим у цьому плані є і забезпечення рівня довіри між усіма суб'єктами та гарантування справедливого розподілу бюджетних коштів на потреби збереження здоров'я населення шляхом їх цільового спрямування на задоволення потреб населення (в першу чергу незахищених верств населення) і субсидіювання наданих медичних послуг за кошти Державного бюджету.

В рамках даного питання, важливо звернути увагу на зарубіжний досвід у цій сфері та можливості імплементації окремих його елементів у практику реалізації публічної політики збереження здоров'я населення в Україні. У цьому плані варто погодитись із думкою Желюк Т.Л., про те, що можна адаптувати до умов національної економіки такі заходи, як:

- 1) «...систему заходів зі зменшення шкоди здоров'ю тютюном, алкоголем, наркотиками, профілактика і боротьба з хворобами;
- 2) використання ліцензованих медпрепаратів, вітамінів, мінералів, дотримання вимог Європейського законодавства до виробництва лікарських препаратів, їх якості та адекватності дії;
- 3) прийняття хартій про здоровий спосіб життя;
- 4) реалізація політики щодо створення сприятливого навколишнього середовища (просвітницькі компанії зі зміни стилю життя (Австрія), щодо

використання пластикових одноразових виробів; проекти «Еко-життя», які дозволили запровадити альтернативи щодо мобільності, харчування, підтримки здорового способу життя;

5) розробка стратегій щодо сприяння здоров'ю, постулати яких визначені Оттавською Хартією, Джакартською декларацією у сфері сприяння здоров'ю XXI ст., які передбачають сприяння суспільній відповідальності за здоров'я» [11].

Окрім вказаного для формування дієвого механізму публічної політики збереження здоров'я населення важливим, вбачаємо, обґрунтування очікуваних значень показників стану здоров'я, обсягу наданих медичних послуг та витрат наявних ресурсів на їх надання у динаміці, дослідження взаємозв'язку між витратами бюджетних коштів у сфері охорони здоров'я та результуючими показниками її діяльності (захворюваність і смертність населення).

Практична реалізація пропонованих заходів в комплексі дозволить підвищити якість життя життя, його тривалість та сприятиме зростанню індекса щастя.

### **3.2. Використання інструментарію публічно-приватного партнерства у реалізації публічної політики збереження здоров'я населення**

Одним із напрямів удосконалення публічної політики збереження здоров'я населення вбачаємо використання інструментарію публічно-приватного партнерства. На сьогодні, в системі охорони здоров'я наявні всі необхідні передумови для цього, зокрема за рахунок використання інструментарію публічно-приватного партнерства можливо компенсувати постійний брак фінансування закладів охорони здоров'я, неналежне їх кадрове забезпечення та зниження престижності медичного фаху.

Безумовно, на сьогодні є чимало проблемних моментів щодо практичного використання цього інструментарію, що пов'язано із неготовністю держави до такого співробітництва, «недосконалістю системи управління розвитком державно-приватного партнерства в галузі, відсутністю чіткого розмежування повноважень між органами державної влади та бізнесом, недосконалість ефективного механізму надання державної підтримки у сфері підприємництва в охороні здоров'я та брак належного рівня контролю та відповідальності за неналежну організацією лікувального процесу у лікарнях» [9, с. 195].

Позитивом у цій сфері є наявність Закону України «Про державно-приватне партнерство» реалізація норм якого дозволяє практично реалізувати пропонувані заходи у сфері охорони здоров'я. У цьому плані варто погодитись із думкою С. Підгайця та Т. Сіташ, які вважають що «...в межах державно-приватного партнерства доцільно ввести соціальні замовлення приватним медичним закладам і установам на ті діагностичні та лікувальні медичні послуги, які поки що не готові надавати державні та комунальні медичні заклади. Залучення бізнесу до виконання державних і місцевих програм соціально-економічного розвитку в межах державно-приватної взаємодії сприятиме задоволенню медичних потреб населення» [48].

Для практичної реалізації вказаного необхідно розробити систему сприяння розвитку приватної медицини. Саме приватна медицина може стати соціально значущим сектором економіки, який матиме певні преференції з боку держави у вигляді пільгового оподаткування, кредитування, оплати комунальних послуг, рівних умов порівняно із державними медичними закладами для існування. Розвиток цього сегменту на ринку медичних послуг, на наш погляд, матиме позитивний вплив на підвищення рівня здоров'я населення. Позитив вбачаємо в тому, що через підвищення рівня конкуренції на ринку медичних послуг за рахунок сприяння та використання засобів бюджетного фінансування, приватного сектору та медичного страхування

можливо досягти високого рівня якості послуг, які у перспективі детермінуватимуть позитивну динаміку показників стану здоров'я населення.

Значний вплив на вказане відіграватиме і рівень економічного розвитку країни. Так, економічне зростання зумовлює збільшення реальних доходів населення, що у свою чергу підвищує ефективність функціонування сфери охорони здоров'я в цілому, та стану здоров'я населення зокрема. В рамках реформування системи організації медичної допомоги через сприяння розвитку нових форм участі населення у розрахунках за медичні послуги, приватний сектор може стати невід'ємною складовою модернізації медичної галузі та частиною ефективної системи охорони здоров'я.

Вважаємо, що використання інструментарію публічно-приватного партнерства в охороні здоров'я дозволить забезпечити удосконалення публічного адміністрування через формування сприятливих умов для роботи комерційних закладів охорони здоров'я.

Оптимізаційні заходи у цій сфері можуть охоплювати комплекс дій щодо: «...удосконалення законодавчого забезпечення системи охорони здоров'я, конкретизація основних принципів та правил взаємодії між пацієнтами, державними та комерційними установами надання медичної допомоги, страховими організаціями, органами державного нагляду, профспілками та об'єднаннями медичних працівників, виробниками фармацевтичної продукції та медичного обладнання введення нормативних вимог, згідно з якими вітчизняні заклади надання медичних послуг зможуть вийти на міжнародний рівень та забезпечення відповідних умов входу європейських компаній на вітчизняний ринок послуг» [11]. Також доцільним у цій площині, вважаємо, формування дієвих механізмів у сфері регулювання діяльності приватних закладів охорони здоров'я та формування для цього відповідного законодавчого забезпечення. Окрім цього, вагоми напрямом удосконалення зможе стати проведення моніторингу рівня задоволеності громадян якістю отриманих медичних послуг, що слугуватиме інформаційною базою для перманентного підвищення рівня та якості надання медичних послуг.

Основні напрями впровадження інструментарію державно-приватного партнерства наведено на рис.3.4.

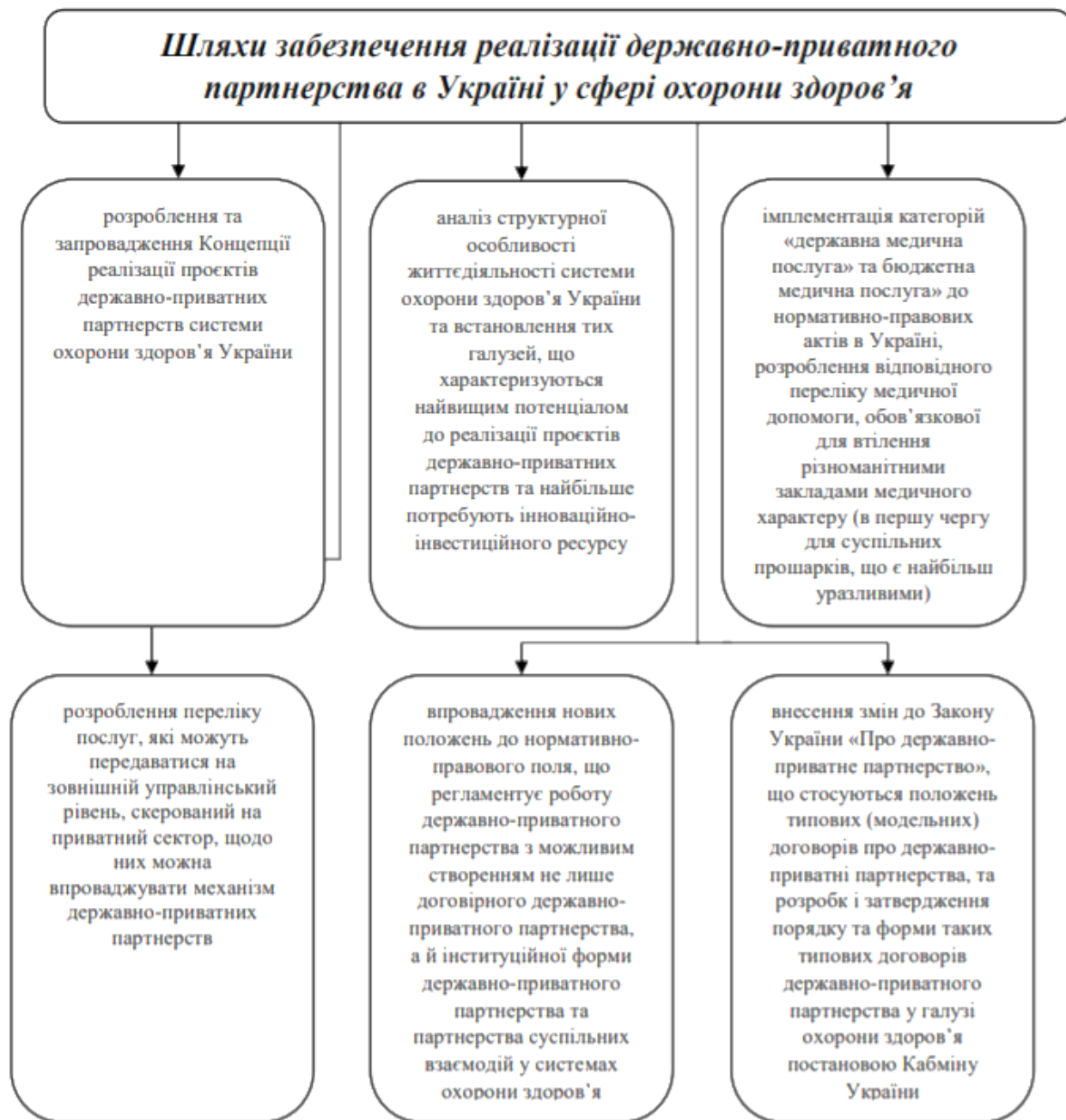


Рис. 3.4. Напрями забезпечення державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я

Примітка. Наведено за [ 37;48].

Основними напрямами удосконалення механізму публічно-приватного партнерства у галузі охорони здоров'я України вбачаємо:

- по-перше, формування цілей розвитку охорони здоров'я стратегічного характеру із врахуванням концептуальних основ публічно-приватного партнерства;

- по-друге, розробка механізмів державного контролю оптимізаційного характеру проєкти з використанням елементів моделі публічно-приватного партнерства;

- по-третє, розробка інвестиційних контрактів, які адаптовані до європейських стандартів та організація порядку їх підписання на засадах, що враховують повноваження різних суб'єктів управління.

- по-четверте, розробка норм та положень і їх затвердження на законодавчому рівні щодо врегулювання процесів передачі закладів охорони здоров'я комерційним організаціям на основі договорів концесії;

- по-п'яте, розширення учасників та стейкхолдерів, які можуть бути залучені до розробки та реалізації проєктів публічно-приватного партнерства.

Враховуючи специфіку публічної політики збереження здоров'я населення, застосування механізмів публічно-приватного партнерства в рамках її реалізації повинно охоплювати весь комплекс змісту робіт починаючи з надання медичних послуг та діагносту вальних робіт і завершуючи роботами з використання інноваційного медичного обладнання та процесів організації закупівлі медикаментів.

Така робота потребує оптимізації електронних систем збору та обробки інформації, постійного удосконалення та інноватизації медичного обладнання та робіт щодо його обслуговування, оптимізації логістичних потоків щодо транспортування та харчування пацієнтів.

Використання інструментарію публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я щодо взаємодії держави та бізнесу сприятиме збалансованню відносин у медичній сфері та розширенню напрямів та пошуку нових джерел фінансування медицини. Вказане зозволить спрямувати додаткові грошові кошти у систему охорони здоров'я, що у свою чергу слугуватиме передумовою модернізації закладів охорони здоров'я, покращення



їх матеріально-технічного забезпечення. Такі інновації дозволять підвищити рівень надання медичних послуг населенню, а відповідну у перспективі – стан здоров'я населення.

Відмітимо, що використання інструментарію державно-приватного партнерства в охороні здоров'я активно використовується в у практиці функціонування систем охорони здоров'я інших країн, зокрема США, Ізраїлю, Канаді, КНР, у яких активно реалізуються державно-приватні проекти, зв'язані з громадським здоров'ям, та ініціюється застосування цього інструментарію міжнародними організаціями. Так, ООН партнерство трактується як «...добровільні і засновані на співпраці відносини між різними суб'єктами, при яких всі учасники домовляються об'єднаними зусиллями досягати спільної мети або виконувати конкретне завдання і спільно долати несприятливі фактори, нести спільну відповідальність, надавати на взаємній основі ресурси і знання і користуватися досягнутими результатами» [9;37].

Загалом в теорії та практиці публічного управління виокремлюють такі моделі державно-правтного партнерства, як:

1) перша – організаційно-управлінська, в рамках якої на рівні держави наявні відповідні механізми управління, які потрібні для підтримки розвитку державно-приватного партнерства у різних сферах суспільних відносин та необхідні механізми розмежування повноважень основних суб'єктів управління [48];

2) друга модель – передбачає співробітництво держави та приватних партнерів на галузевому рівні та враховує особливості галузі та умови, потрібні для забезпечення взаємовигідного співробітництва на довгострокову перспективу [37];

3) третя модель – охоплює відносини державно-приватного партнерства в частині фінансово-економічного та юридичного забезпечення охорони здоров'я, а співпраця партнерів охоплює питання реального обсягу фінансування медичного сектору, тарифного регулювання, формування сприятливого інвестиційного клімату, захисту прав власності інвесторів [48];

4) четверта модель передбачає формування відносин на політичному рівні, та стосується питань інституційної спроможності на основі якої відбувається формування довіри суб'єктів управління і сфері охорони здоров'я [37;48].

Врахування положень наведених моделей може бути як в основі розробки інфраструктурних проектів в медичні галузі, так стосуватися надання немедичних послуг, включаючи і питання переоснащення тиа наукових досліджень у медичній галузі.

Державно-приватне партнерство базується на співпраці між державними та приватними суб'єктами управління, в основі якої лежать спільні інтереси а діяльність здійснюється з метою забезпечення надання суспільних послуг, утримання об'єктів соціальної інфраструктури. Схематично процес такої співпраці можна представити наступним чином (рис. 3.5).

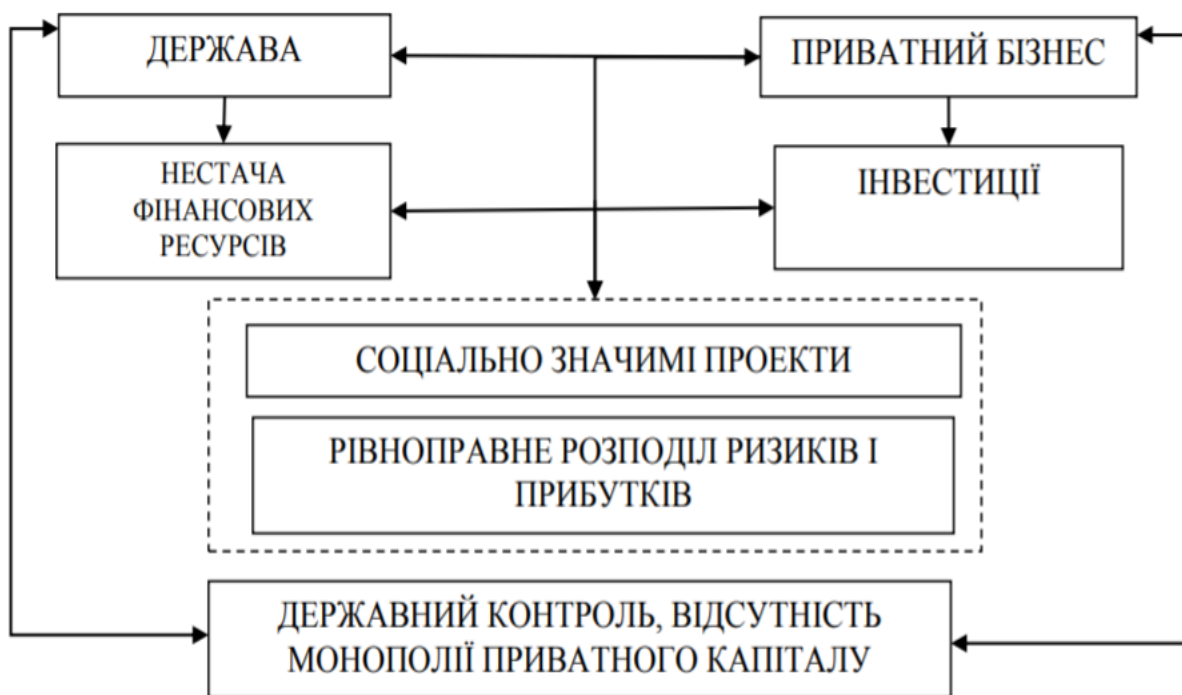


Рис.3.5. Концептуальна схема державно-приватного партнерства

Примітка. Наведено за [9].

Застосування механізмів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я набуває активного використання. Так, Європейського інвестиційного банку державно-приватні проєкти в медицині, в основному

стосуються розвитку інфраструктури закладів охорони здоров'я та створення передумов для надання якісних медичних послуг. Тому, в як правило, об'єктами такого партнерства є багатопрофільні лікарні, що мають у наявності високотехнологічні підрозділи. Для України це відносно новий інституційний інструмент, пороте, як зазначалось вище, інституційні передумови для його використання створені.

Використання інструментарію публічно-приватного партнерства у реалізації публічної політики збереження здоров'я населення дозволить підвищити праці медичного персоналу та забезпечити максимальне використання потенціалу суспільного розвитку через об'єднання активів суб'єктів управління у сфері охорони здоров'я, органів місцевого самоврядування з інвестиційними, науковими та іншими ресурсами бізнес-структур.

### **Висновки до розділу 3**

Одним із напрямів удосконалення публічної політики збереження здоров'я населення вбачаємо удосконалення організаційного механізму реалізації публічної політики збереження здоров'я населення. В цьому плані зауважимо, що удосконалення публічної політики збереження здоров'я населення має базуватись на комплексному підході та враховувати всі складові управлінського механізму системи охорони здоров'я. У кваліфікаційній роботі окреслено та проаналізовано основні складові елементи механізму публічної політики збереження здоров'я населення. Для забезпечення дієвості пропонуваного механізму публічної політики збереження здоров'я населення необхідним є застосування відповідного методичного інструментарію його реалізації. Серед методів виокремлено та деталізовано такі як: адміністративні, економічні, правові та соціально-мотиваційні. До показників оцінювання дієвості механізму публічної політики віднесено показники, які характеризують розширення доступності медичних послуг, підвищення рівня якості медичних

послуг, що надаються закладом охорони здоров'я та умови роботи працівників медичної установи.

Одним із напрямів удосконалення публічної політики збереження здоров'я населення вбачаємо використання інструментарію публічно-приватного партнерства. Використання інструментарію публічно-приватного партнерства в охороні здоров'я дозволить забезпечити удосконалення публічного адміністрування через формування сприятливих умов для роботи комерційних закладів охорони здоров'я. Основними напрямками удосконалення механізму публічно-приватного партнерства у галузі охорони здоров'я України вбачаємо: формування цілей розвитку охорони здоров'я стратегічного характеру, розробку механізмів державного контролю оптимізаційного характеру проєктів з використанням елементів моделі публічно-приватного партнерства, розробку інвестиційних контрактів, розробку норм та положень і їх затвердження на законодавчому рівні щодо врегулювання процесів передачі закладів охорони здоров'я комерційним організаціям на основі договорів концесії, розширення учасників та стейкхолдерів, які можуть бути залучені до розробки та реалізації проєктів публічно-приватного партнерства.

## ВИСНОВКИ

Результати проведеного дослідження дозволяють зробити наступні висновки:

Узагальнюючи наукові підходи до трактування здоров'я, можна розглядати його сутність як стан функціонування організму на всіх рівнях його організації; як динамічна рівновага (гармонія) життєвих функцій організму; як повноцінне виконання основних соціальних функцій, здійснення активної трудової діяльності та прийняття участі у житті суспільства; як спроможність організму адаптуватися до умов мінливого зовнішнього середовища; як відсутність патологічних змін і нормальне самопочуття; як повне благополуччя фізичного, духовного, розумового та соціального характерів. Враховуючи вагомість проблематики збереження здоров'я населення як на індивідуальному, так і на національному рівнях, на рівні держави здійснюється комплекс заходів чи зобов'язань, пов'язаних із збереженням та зміцненням фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави, що реалізується через політичні, організаційні, економічні, правові, соціальні, культурні, наукові та медичні засоби для збереження національного генофонду, гуманітарного потенціалу та врахування вимог та інтересів як окремо взятого індивідуума, так і суспільства загалом, що в сукупності і є публічною політикою збереження здоров'я населення.

У теорії публічного управління виокремлюють три альтернативні моделі формування сучасної політики збереження здоров'я населення, а саме 1 - передбачає перехід на ринкові відносини та конкурентні засади функціонування закладів охорони здоров'я; 2 - існування державної медицини за кошти державного і місцевих бюджетів, комунальної і приватної – за кошти громад і громадян, 3 - система державного управління медичним обслуговуванням при збереженні поступового введення в дію деяких ринкових механізмів.

Проблема збереження здоров'я населення завжди була присутня в системах охорони здоров'я різних країн та в політиці державного управління.

Проте, кожна країна має свої особливості реалізації публічної політики збереження здоров'я населення, що обумовлюються зміною стану здоров'я суспільства, причинами та детермінантами цих змін, а також рівнем економічного розвитку та принципами організації і фінансування системи охорони здоров'я. У кваліфікаційній роботі розглянуто досвід Польщі, Японії, США, Німеччини, Великобританії.

Індикаторами ефективності публічної політики збереження здоров'я населення виступають показники стану здоров'я населення, зокрема середня очікувана тривалість життя при народженні, показники захворюваності та самооцінка стану здоров'я населення. У розрізі вказаних показників проведено аналіз у кваліфікаційній роботі, на основі результатів якого зроблено наступні висновки. Статистичні дані Світового банку свідчать про те, що в Україні очікувана тривалість життя при народженні чоловіків складає 67,6 років, жінок – 77,1 років, очікувана тривалість здорового життя складає серед чоловіків - 60,3 років, серед жінок – 67,6 років, а в середньому очікувана тривалість здорового життя становить 64 роки. У роботі проаналізовано складові формування індексу здоров'я на прикладі України в цілому, та Хмельницької області зокрема. За результатами самооцінки станом на квітень 2020 року 40% опитаних жителів України оцінили своє здоров'я як хороше або дуже хороше. У регіональному вимірі найбільш песимістично оцінюють стан свого здоров'я жителі Запоріжжя (лише 33,7% позитивних оцінок і 19,3 негативних). Добрим своє здоров'я оцінюють близько 2/3 населення Луганської, Рівненської, Хмельницької та Закарпатської областей.

На сьогодні для системи охорони здоров'я притаманними є комплекс проблем політичного, технологічного, демографічного, соціального та екологічного характерів, які у своєму комплексі здійснюють вплив на стан здоров'я населення. Аналізуючи статистичні дані щодо захворюваності населення України можна відмітити, превалювання у структурі хвороб органів дихання. На другій позиції знаходяться хвороби органів дихання (57%). Деяку меншу частку у структурі займають хвороби системи кровообігу (9%).

Формування публічної політики збереження здоров'я населення потребує належного інституційного забезпечення. Відповідно до чинного законодавства значні повноваження законодавчого та адміністративного характеру у сфері охорони здоров'я мають Президент України та Верховна Рада України. Профільним органом у системі центральних органів виконавчої влади, який здійснює формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, в тому числі і щодо збереження здоров'я населення та забезпечує координацію взаємодії між закладами охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України. Іншою інституцією, наділеною повноваженнями щодо збереження здоров'я населення є Національна служба здоров'я України. У роботі проаналізовано інституційні чинники впливу на публічну політику збереження здоров'я населення.

Одним із напрямів удосконалення публічної політики збереження здоров'я населення вбачаємо удосконалення організаційного механізму реалізації публічної політики збереження здоров'я населення. В цьому плані зауважимо, що удосконалення публічної політики збереження здоров'я населення має базуватись на комплексному підході та враховувати всі складові управлінського механізму системи охорони здоров'я. У кваліфікаційній роботі окреслено та проаналізовано основні складові елементи механізму публічної політики збереження здоров'я населення. Для забезпечення дієвості пропонуваного механізму публічної політики збереження здоров'я населення необхідним є застосування відповідного методичного інструментарію його реалізації. Серед методів виокремлено та деталізовано такі як: адміністративні, економічні, правові та соціально-мотиваційні. До показників оцінювання дієвості механізму публічної політики віднесено показники, які характеризують розширення доступності медичних послуг, підвищення рівня якості медичних послуг, що надаються закладом охорони здоров'я та умови роботи працівників медичної установи.

Одним із напрямів удосконалення публічної політики збереження здоров'я населення вбачаємо використання інструментарію публічно-

приватного партнерства. Використання інструментарію публічно-приватного партнерства в охороні здоров'я дозволить забезпечити удосконалення публічного адміністрування через формування сприятливих умов для роботи комерційних закладів охорони здоров'я. Основними напрямками удосконалення механізму публічно-приватного партнерства у галузі охорони здоров'я України вбачаємо: формування цілей розвитку охорони здоров'я стратегічного характеру, розробку механізмів державного контролю оптимізаційного характеру проєктів з використанням елементів моделі публічно-приватного партнерства, розробку інвестиційних контрактів, розробку норм та положень і їх затвердження на законодавчому рівні щодо врегулювання процесів передачі закладів охорони здоров'я комерційним організаціям на основі договорів концесії, розширення учасників та стейкхолдерів, які можуть бути залучені до розробки та реалізації проєктів публічно-приватного партнерства.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Академічний тлумачний словник. Словник української мови: в 11 томах. Т. 3. Стор. 428. URL: <http://sum.in.ua/p/3/428/2> .
2. Батиченко С.П. Суспільно-географічні аспекти захворюваності населення регіонів України: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.02 – економічна та соціальна географія. К., 2014. 20 с.
3. Богатирьова Р.В. Детермінанти здоров'я та національна безпека. К. : ВД «Авіценна», 2011. 448 с.
4. Борщ І. Ринок охорони здоров'я України: аналіз сучасного стану та тенденції розвитку. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. Том 19. Вип. 1 (44), 2020 р, с.140. URL: <http://rinek.onu.edu.ua/article/view/198360/201446>
5. Брехман І.І. Валеологія - наука про здоров'я. Харків. 200. 208с.
6. Вовк С. М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я –Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 «Механізми державного управління». – Донецькій державний університет управління, Маріуполь, 2019.
7. Волоненко Н. Б., Богатов О. І., Кулявець Ю. В. Ідеологія здоров'я в рамках викладання дисципліни “Безпека життєдіяльності”. URL: <http://www.kpi.kharkov.ua/archive/%D0%9D%D0%B0%D1%83>.
8. Грузєва, Т. С. Фактори ризику в формуванні здоров'я населення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2003. №. 3. С. 9-16.
9. Долгіх М.В. Теоретичні засади реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі публічного управління та адміністрування за спеціальністю 281 публічне управління та адміністрування. Міжрегіональна академія управління персоналом, Київ, 2021..
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. Желюк Т. Сучасні підходи до реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. *Вісник Тернопільського національного економічного університету*/ № 1, 2019 р.. С.37-50
12. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. 488 с
13. Закон України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз" від 22 березня 2012 року № 4565-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4565-17#Text>
14. Закон України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" 24 лютого 1994 року № 4004-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12>
15. Закон України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" від 23 грудня 2010 року N 2861-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2861-17#Text>
16. Закон України "Про захист населення від інфекційних хвороб" від 6 квітня 2000 року № 1645-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>
17. Закон України "Про лікарські засоби" та іншими законодавчими актами, прийнятими відповідно до них від 4 квітня 1996 року № 123/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Text>
18. Закон України "Про психіатричну допомогу" від 22 лютого 2000 року № 1489-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>
19. Закон України «Про Державний бюджет України на 2021 рік» від 15 грудня 2020 року № 1082-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1082-20#Text>
20. Закон України «Про Кабінет Міністрів України» від 27 лютого 2014 року № 794-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/794-18#Text>

21. Закон України Про Державний бюджет України на 2020 рік від 14 листопада 2019 року. URL: № 294-IX <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/294-20#Text>
22. Здоровье-2020: поддержка действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. URL: <http://www.euro.who.int/>.
23. Індекс здоров'я України. URL: <http://health-index.com.ua/about>
24. Індекс здоров'я. Україна – 2019: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2020.
25. Казначеев В.П. Теоретические основы валеологии. – Новосибирск: Наука, Сиб. отдние 1993. – 121 с. 16
26. Карамішев Д.В. Економічні складові державного регулювання процесів ресурсно – інвестиційного забезпечення в системі охорони здоров'я. *Актуальні проблеми державного управління*. 2009. № 1. С. 115–123.
27. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. № 1/2020. URL: [http://www.investplan.com.ua/pdf/1\\_2020/28.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf) 154
28. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління. Національний університет цивільного захисту України, Харків, 2020 - с. 102 160
29. Конституція України прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
30. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. Серія : Економіка і менеджмент. 2017. Вип. 24(2). с.40. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu\\_eim\\_2017\\_24%282%29\\_\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11)
31. Криничко Л.Р. Оцінка сучасного стану здоров'я населення України. *Економіка, управління та адміністрування*. № 4 (94) 2020. с.142-149

32. Кудрявцева Е.Н. Здоровье человека: проблемы, суждения. *Вопросы философии*. 2007. № 12. С. 98-109.
33. Куценко В.І., Трілленбергт Г.І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти: монографія. К.: РВПС України НАН України, 2005. 366 с.
34. Марків О.Т. Здоров'я людини як фундаментальна цінність культури. *Гілея. Філософські науки*. 2009. Вип. 27. С. 176–182.
35. Мартинів О.М. Аналіз стану готовності студентів до здорового способу життя як показника здоров'язбереження. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Педагогіка, соціальна робота»*. Випуск 28. С. 100–103.
36. Мезенцева Н.І., Батиченко С.П., Мезенцев К.В. Захворюваність і здоров'я населення в Україні: суспільно-географічний вимір: Монографія. К.: ДП «Прінт Сервіс», 2018. 136 с.
37. Мельник А., Підгаєць С. Державно-приватне партнерство в системі інституційного забезпечення економічних процесів. *Вісник ТНЕУ*. 2011. Вип. 1. С. 7–9
38. Мельник А. Ф., О. Ю. Оболенський, А. Ю. Васіна; Державне управління : підручник за ред. А. Ф. Мельник. К. : Знання, 2009. 582 с.
39. Мілінчук Сучасні тренди публічної політики збереження здоров'я населення. *Збірник тез Наукової інтернет-конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні»*. Тернопіль : ЗУНУ, 2021р.
40. Молікевич Р.С. Стан здоров'я населення Херсонської області: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.02 – економічна та соціальна географія. К., 2016. 20 с.
41. Молікевич, Р. С. Місце і роль показників здоров'я у дослідженні якості життя населення. *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного*

університету імені Володимира Гнатюка. Серія: Географія. 2015. № 1. С. 203-213

42. Наказ МОЗ «Про внесення змін до Календаря профілактичних щеплень в Україні та Переліку медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень» від 11.10.2019 N 2070. URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/RE34153.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE34153.html)

43. Немець Л.М., Баркова Г.А., Немець К.А. Медична галузь Харківської області: територіальні особливості, проблеми та шляхи удосконалення (суспільногеографічні аспекти): монографія. К.: Четверта хвиля, 2009. 224 с.

44. Офіційний сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: <https://www.who.int/ru>

45. Офіційний сайт Державної служби статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

46. Офіційний сайт Світового банку. URL: <https://www.worldbank.org/uk/country/ukraine>

47. Панорама охорони здоров'я населення України / За ред. А.В. Підаєва, О.Ф. Возіанова, В.Ф. Москаленка, В.М. Пономаренка. К.: Здоров'я, 2003. 396 с.

48. Підгаєць С. В., Сіташ Т. Д. Проблеми та перспективи розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я. *Економіка розвитку*. 2012. № 3. С. 32–37

49. Постанова КМУ «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» від 25 березня 2015 р. № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>

50. Постанова КМУ «Про утворення Національної служби здоров'я України» від 27 грудня 2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>

51. Постанова КМУ «Про утворення Національної служби здоров'я України» від 27 грудня 2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>

52. 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. Київ, 2003. 35 с.
53. Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689>
54. Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249618799>
55. Розпорядження КМУ «Про схвалення Стратегії розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2022 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації» від 27 листопада 2019 р. № 1402-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1402-2019-%D1%80#Text>
56. Самооцінка стану здоров'я населенням України, квітень, 2021. URL: <https://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=1042&page=1>
57. 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. Київ, 2004. 20 с
58. Співак М. В. Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна: монографія. Київ: Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України; Видавництво «Логос», 2016. 536 с.
59. Статівка Н.В. Демографічна складова економічної безпеки України. *Державне будівництво*. 2010. № 2. URL: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/db/2010-2/doc/2/12.pdf>.
60. Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_599#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_599#Text)
61. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984\\_011](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011)

62. Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье-2020: Версия 3. ВООЗ. Европейское бюро, 2016. 114 с.
63. Чепелевська Л.А. Проблеми медико-демографічної ситуації та заходи з її покращення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2017. № 1 (71). С. 19–23.
64. Чепелевська Л.А. Тенденції медико-демографічних показників України у XXI столітті Україна. Здоров'я нації. 2018. № 1. С. 48–53.
65. Чернецький В.Ю. Інституційний механізм реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я. *Економіка будівництва і міського господарства*. 2012. Т. 8. № 4. С. 315– 322
66. Шушпанов, Д. Г. Демографічні та соціально-економічні індикатори здоров'я населення: ідентифікація та використання для політики в Україні. *Український журнал прикладної економіки*. 2017. Том 2. Випуск 1. С. 153-165.
67. Global Reference List of 100 Core Health Indicators. World Health Organization, 2015. 136 p.
68. O'Hara, P. Social inclusion health indicators: A framework for addressing the social determinants of health: A policy and practice paper. Edmonton Social Planning Council, 2006. 28 p.
69. Stewart A. Measuring function and wellbeing: the medical outcomes study approach. Ware. Durham: Duke University Press, 1992. 455 p.
70. The economics of social capital and health: a conceptual and empirical roadmap / Edited by Sherman Folland. New Jersey: World Scientific, 2014. 220 p.