

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

МОСЮРЧАК КАТЕРИНА ОЛЕКСАНДРІВНА

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК: 330.336. 225
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**РОЗВИТОК ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я**

(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»

(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

К.О. МОСЮРЧАК

(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи
ДАЦІЙ Надія Василівна
(прізвище, ім'я, по батькові)
д. держ.упр., професор
(науковий ступінь, вчене звання)

Житомир – 2023

АНОТАЦІЯ

МОСІУРЧАК К. О. Розвиток публічного управління системою охорони здоров'я. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістр за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування» – Поліський національний університет, Житомир, 2023.

Виявлено тенденції, сутнісні прояви і стан розвитку публічного управління системою охорони здоров'я.

Уточнено поняття здоров'язбереження та його мету. Проведено аналіз фінансування та державного регулювання системи охорони здоров'я. Визначено ефективність заходів, які сприяють трансформації системи охорони здоров'я на систему здоров'язбереження. Визначено чинники ефективності системи охорони здоров'я. Розроблено завдання в аспекті здоров'язбереження, які ставляться перед державою, роботодавцями та індивідами. Визначено роль у питаннях здоров'язбереження держави та аспекти її взаємодії з роботодавцями та індивідами.

Ключові слова: держава, індивід, ефективність, медицина здоров'я, механізм регулювання, надання медичних послуг, публічне управління, роботодавець, система охорони здоров'я, соціальна сфера.

ANNOTATION

MOSIURCHAK K. Development of public management of the health care system. - Qualifying work based on the rights of a manuscript.

Qualifying work for obtaining an academic Master's degree specialized 281 «Public management and administration» – Polissia National University, Zhytomyr, 2023.

The trends, essential manifestations and state of development of public management of the health care system are revealed.

The concept of health care and its purpose has been clarified. An analysis of financing and state regulation of the health care system was carried out. The effectiveness of measures contributing to the transformation of the health care system into a health care system has been determined. The factors of the efficiency of the health care system have been determined. Tasks in the aspect of health care, which are set before the state, employers and individuals, have been developed. The role of the state in matters of health protection and aspects of its interaction with employers and individuals are determined.

Key words: state, individual, efficiency, healthcare, regulatory mechanism, provision of medical services, public administration, employer, healthcare system, social sphere.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1. Публічне управління здоров'ям населення	7
1.2. Державне регулювання ринку медичних послуг	16
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ РОЗВИТКУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	20
2.1. Дослідження особливостей української системи охорони здоров'я	20
2.2. Аналіз факторів ефективності системи охорони здоров'я	23
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	34
3.1. Синхронізація цілей стейкхолдерів – споживачів здоров'я	34
3.2. Взаємозв'язок цілей та функцій споживачів здоров'я у реалізації концепції здоров'язбереження	41
ВИСНОВКИ	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	50
ДОДАТКИ	55

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Актуальність теми дослідження обумовлена потребою переходу до принципів гуманізації суспільства, за якої одним із пріоритетних напрямів розвитку має стати зміцнення громадського здоров'я як показник розвитку системи охорони здоров'я та надання медичних послуг.

У сучасних умовах необхідна зміна вектора розвитку медичних послуг при цьому підтримка індивідуального здоров'я людини трансформується у більш масштабне завдання – формування нового типу культури, що передбачає відповідальність індивіда за власне здоров'я, держави – за здоров'я населення країни, роботодавця – за умови праці. Тим самим, ключовим результуючим елементом надання медичних послуг та управління громадським здоров'ям в цілому має стати усвідомлення того, що здоров'я – це висококонкурентний товар як для індивіда, так і для суспільства та держави.

Теоретичні основи публічного управління системою охорони здоров'я вивчалися та аналізувалися багатьма вченими та фахівцями. Значний внесок зробили М.М. Білинська, Ю.Д. Бойчук, В. І. Борщ, Ю.В. Вороненко, В.В. Звірич, В. В. Карлаш, Н. В. Колісніченко та ін.

Проте узагальнений аналіз публічного управління системою охорони здоров'я, проблеми сучасної організації в сучасних наукових дослідженнях не отримали адекватного відображення.

Метою кваліфікаційної роботи є виявлення тенденцій, сутнісних проявів і стану розвитку публічного управління системою охорони здоров'я.

Відповідно до поставленої мети висунуто **такі завдання:**

- уточнити поняття здоров'язбереження та його мету;
- провести аналіз фінансування та державного регулювання системи охорони здоров'я;
- визначити ефективність заходів, сприяють трансформації системи охорони здоров'я на систему здоров'язбереження;

- визначити чинники ефективності системи охорони здоров'я;
- розробити завдання в аспекті здоров'язбереження, які ставляться перед державою, роботодавцями та індивідами;
- визначити визначальну роль у питаннях здоров'язбереження держави та аспекти її взаємодії з роботодавцями та індивідами.

Об'єкт дослідження – система охорони здоров'я в Україні.

Предметом дослідження процес розвитку публічного управління системою охорони здоров'я.

Методологічна основа дослідження. Для вирішення практичних завдань були використані загальнотеоретичні, загальнометодологічні, соціологічні, міждисциплінарні методи дослідження; застосований інституційний, історичний, системний та контент-аналіз. При вирішенні управлінських завдань, спрямованих на підвищення рівня громадського здоров'я – структурно-функціональними, ситуаційними підходами.

Інформаційну базу дослідження склали нормативно-правові акти України, інформаційно-аналітичні матеріали ВООЗ, кількісні дані державної служби статистики України, Міністерством охорони здоров'я України, міжнародні рейтинги у сфері охорони здоров'я, експертні оцінки, результати моніторингу надання медичної допомоги та ефективності діяльності суб'єктів охорони здоров'я, анкетування населення.

Елементи наукової новизни полягають у формуванні напрямів розвитку публічного управління системою охорони здоров'я через дослідження синхронізації цілей стейкхолдерів - споживачів здоров'я та розкриття взаємозв'язку функцій споживачів здоров'я у реалізації концепції здоров'язбереження.

Практична значущість дослідження. Результати дослідження можуть бути використані в подальшому розвитку концептуальних основ системи охорони здоров'я, особливостей їх публічного управління, страхування та якості. Висновки можуть бути застосовані у сфері розвитку публічного управління.

Публікація дослідження. Дацій Н.В., Драган І.В., Мосюрчак К.О. Публічне управління здоров'ям населення як системотворчою ланкою та кінцевим результатом діяльності системи охорони здоров'я та надання медичних послуг. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2023. № 10. URL: <https://www.nayka.com.ua/index.php/dy/article/view/2240/2269>

Структура кваліфікаційної роботи: вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел у кількості (48 джерел), загальна кількість 55 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Публічне управління здоров'ям населення

За останні десятиліття сфера послуг безперечно стала домінуючим напрямом у розвитку економік як країн, що розвиваються, так і розвинених країн [6, с. 142]: «фіксується позитивна динаміка її розвитку, порівняно з іншими секторами національної економіки. Саме бурхливий розвиток сфери послуг став головним драйвером соціально-економічного зростання як на мега, макро, мезо-рівнях економіки».

Існує велика різноманітність класифікацій послуг. Ми будемо дотримуватися класифікації, згідно з якою вони бувають [6, с. 148]: «матеріального виробництва (транспорт, зв'язок, побутове обслуговування); духовного життя (освіта, фізична культура, наука, мистецтво); у соціальній сфері (торгівля, житлово-комунальне обслуговування, охорона здоров'я)».

До соціального сектору економіки традиційно відносять [32, с. 64]: «охорону здоров'я, соціальне забезпечення, науку та освіту, фізичну культуру, просвітництво, культуру, страхове обслуговування, управління, діяльність громадських організацій».

Охорона здоров'я – це «медико-соціальна система, суспільно-значима, метою якої є розробка комплексу державних дій, спрямованих на захист життя, здоров'я людини та всього населення держави, це фактор якості життя, соціально-економічної безпеки» [34, с.106]. Іншими словами, охорона здоров'я – діяльність із забезпечення, збереження та зміцнення здоров'я всіх категорій громадян, що здійснюється органами публічного управління, суб'єктами господарювання різних форм власності в умовах зацікавленості у власному здоров'ї та добробуті самого індивіда. Вона включає ринок медичних послуг, завдання якого – це забезпечення заходів щодо профілактики, розпізнавання та

лікування всіх хвороб, а також продовження тривалості здорового життя населення.

Основа системи охорони здоров'я – це «надання якісної та доступної медичної допомоги населенню, тобто медичних послуг» [29]. Виходячи з нашого бачення, медична послуга – ділене суспільне благо, метою надання якого є покращення здоров'я людей з метою інтересів держави, роботодавців, індивідів. Посилення соціальної ролі – «головний тренд розвитку сфери медичних послуг в останні десятиліття, при цьому завдання зміцнення індивідуального здоров'я трансформується на глобальну мету покращення суспільного здоров'я» [23, с. 120].

Історично першою моделлю організації надання медичної допомоги була приватна модель. Головними характеристиками приватнопідприємницької моделі охорони здоров'я є [1]:

1. «Переважно особисті кошти населення чи частину чистого прибутку підприємств та установ (за рахунок механізму, що визначається певними каналами та фондами) є джерелами фінансування медичної допомоги» [1, с. 12].

2. Ефективне функціонування можливе лише за наявності платоспроможного попиту на ринку з боку пацієнтів та відсутності альтернативи безкоштовно отримати цю медичну послугу.

3. «Суперечливість у цілепокладанні: з одного боку – милосердя та альтруїзм медичних працівників, з іншого – зацікавленість у витягуванні прибутку під час надання медичних послуг» [1, с. 14].

4. Підприємці інвестують свої фінансові ресурси в ті сфери медичного обслуговування, які мають високий рівень рентабельності, що може спричинити відсутність будь-яких необхідних для вузького сегмента пацієнтів медичних послуг на ринку.

Неможливість застосування виключно ринкових механізмів регулювання галузі пояснюються «провалами ринку», наявність яких доведено концепцією А. Пігу на початку ХХ ст. [24, с. 50]. У сфері охорони здоров'я пацієнт, який є споживачем здоров'я, не здатний визначати попит на потрібну йому конкретну

медичну послугу. Одночасно визначає попит та пропозицію медичний працівник (лікар), при цьому стаючи суб'єктом, який формує найвигідніші для нього (або його керівництва) речення. Це пояснюється асиметрією інформації, яка формується з допомогою отриманих лікарем знань.

Відповідно до концепції соціального ринкового господарства, медичні послуги, будучи суспільно – значущими, повинні надаватися поза залежно від рівня платоспроможності пацієнта – що суперечить ринковим механізмам.

Як було проаналізовано раніше [28; 32; 34], лише окремі елементи приватнопідприємницького сектора можуть бути використані в ефективній моделі регулювання системи охорони здоров'я, при цьому їхнє завдання зводиться до створення конкуренції між продавцями медичних послуг, підвищення ефективності всіх видів вкладених ресурсів, до мотивації медичних працівників, а також стимулювання населення до профілактичних заходів зміцнення здоров'я.

Виходячи з цього, слідує висновок, що для ефективного управління системою охорони здоров'я первинно необхідне раціональне розмежування сфери ринкових елементів та державного регламентування. Зробити це є можливим за рахунок розмежування медицини здоров'я (життєзабезпечення, надання медичної допомоги на основі потреб) та медицини сервісу [29].

Медицина здоров'я – це той «базовий набір медичних послуг, необхідний для життєзабезпечення людини (медичні огляди, діагностика, лікування, лабораторні дослідження), сюди ж відноситься диспансеризація, профілактика хвороб» [35, с. 80]. Саме держава є гарантом «медицини здоров'я», надаючи населенню безкоштовну чи пільгову медичну допомогу, базуючись на таких принципах, як безкоштовність, доступність та загальність. Джерела фінансування тут – держава.

Ринок є суб'єктом управління в «медичному сервісі», до якого віднесено платні медичні послуги, потреба в яких або формується шляхом завищених вимог до їх надання, або не є для людини базовою потребою – наприклад,

пластична хірургія, косметологія, стоматологія тощо, надання медичної допомоги у приватних клініках, підвищений рівень комфортності.

На наш погляд, найбільш пріоритетними завданнями надання медичних послуг з можливих на сьогоднішній день є профілактичний блок (рис. 1.1). Лікування, безсумнівно, важливо, проте доцільно спрямовувати зусилля та фінансові вкладення на ранню діагностику та в цілому на запобігання хворобам.



Рис. 1.1. Види медичних послуг

Безперечно, системи охорони здоров'я всіх країн світу на даний час активізовано на надання медичних послуг, являють собою діагностику захворювань та лікування, проте вже зараз всі дійшли висновку, що доступніше та ефективніше попередити хворобу, ніж її лікувати: введення маскового режиму, соціального дистанціювання та вакцинація.

Кінцева мета надання медичних послуг (як лікувальних, так і профілактичних) та функціонування системи охорони здоров'я – це покращення здоров'я людей [29]. Розглянемо докладніше дані дефініції, щоб мати уявлення про надання публічних та приватних медичних послуг та усвідомлення взаємозв'язку даних показників.

Всесвітня організація охорони здоров'я, головна мета якої – досягнення всіма жителями максимально можливого рівня здоров'я, у своєму Статуті дає найбільш комплексне визначення поняття «здоров'я»: здоров'я це не просто відсутність хвороб, а стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя [8].

Безперечно, здоров'я – головна життєва цінність будь-якого індивіда, яка протягом усього життя є головною складовою якості життя, добробуту, фактором гармонійного та динамічного розвитку особи.

Сьогодні високий рівень здоров'я одночасно є як однією з ключових цілей суспільного розвитку, так і найважливішою умовою та засобом його досягнення. Низький рівень здоров'я населення, навпаки, стає причиною спаду соціально-економічного зростання будь-якої країни, представляє собою пряму загрозу її національній безпеці.

Для комплексного вивчення питань формування, стану та зміни здоров'я, що розмежовують два рівні здоров'я: індивідуальне та публічне. Загалом під індивідуальним прийнято розуміти здоров'я конкретної людини, під публічним – узагальнені тренди у зміні здоров'я населення країни, регіону чи населеного пункту. Для найбільш якісного аналізу громадського здоров'я розглянемо теоретичні підходи до поняття індивідуального здоров'я.

Перші спроби визначення здоров'я зустрічаються у роботах Платона, Арістотеля [9, с.225]: під здоров'ям вони розуміли відсутність захворювання. З початку XIX ст. вчені визначають здоров'я як найбільш складну та багатогранну категорію. Німецький філософ Гегель інтерпретував здоров'я як пропорційність між самістю організму та його готівковим буттям [17, с. 180]. Тобто, здоров'я визначається як об'єктивними, так і суб'єктивними факторами; крім цього, на думку Гегеля, здоров'я – це «стан соціального організму, яке пов'язане з піднесенням до духовного буття» [14, с. 300]. Саме благополучна духовна атмосфера, що склалася у суспільстві, є джерелом здоров'я населення, схвильованого проблемами.

Наприкінці XIX століття – на початку XX століття [9] здоров'я визначалося як ресурс (фактор виробництва), який забезпечує діяльність держави та суб'єктів господарювання. Вивчення взаємозв'язку здоров'я та виробничої сфери було об'єктом досліджень представників класичної політичної економії її основоположник Адам Сміт [9, с. 203] при розрахунку

взаємозв'язку враховував також показники умов праці, а Д. Рікардо – розмір заробітної плати індивіда та розподіл її видатків [9, с.105].

Підхід неокласиків (А. Маршалл) [9] також полягав у тому, що публічне здоров'я – основа продуктивності праці та матеріального багатства та прогресу суспільства загалом.

Автори досліджень, усвідомлюючи, що здоров'я прямо чи опосередковано впливає на кількісні показники продуктивності праці та, загалом, на соціально-економічний розвиток, сходяться на думці, що «здоров'я для суспільства є не просто благом, а одним із його економічних ресурсів» [17, с. 180]. Це підтверджується і в теорії «людського капіталу», представниками якої є лауреат Нобелівської премії 1979 року Теодор Шульс та Гері Беккер [9]. Під капіталом здоров'я розуміються інвестиції в індивіда, які необхідні підвищення працездатності з допомогою формування, підтримки та зміцнення його здоров'я [17, с. 182].

Здоров'я людини складається з трьох укрупнених компонентів: фізичного, духовно-психічного та соціального. В даний час визначення здоров'я множинні та багатогранні, дослідники оперують різними підходами при їхньому формулюванні. Багато дефініції здоров'я є бачення «ідеалу здоров'я», а не розкриття поняття [16].

На основі контент-аналізу статей вітчизняних та зарубіжних авторів, сформулюємо авторське поняття індивідуального здоров'я як результуючого фактора надання медичних послуг. Індивідуальне здоров'я – це системний показник стану організму людини, що відображає його якісні характеристики: повсякденна активна діяльність, самообслуговування, мобільність, відсутність болю, занепокоєння та депресії, а також дозволяє йому повною мірою здійснювати свої біологічні та соціальні функції, при цьому даний показник може бути розглянуто з двох точок зору [23, с. 123]: «1) як ідеальне і практично недосяжне стан повного соціального, біологічного та психічного благополуччя, відсутність захворювань; 2) як суб'єктивна оцінка здоров'я для відповіді на запитання про здоров'я/нездоров'я».

Для характеристики здоров'я населення, яке сформовано за ознаками великої групи (наприклад, що безпосередньо проживає на певній території), використовується поняття «публічне здоров'я» [16].

На міжнародному рівні експертами ВООЗ [8] публічне здоров'я трактується з підходу медико-санітарної статистики: це скорочення трьох ключових показників: рівня смертності, захворюваності та інвалідності. Щодо них на їх думку, це інтегральне поняття особистого здоров'я окремо взятого індивіда, але при цьому це не просто сума отриманих одиничних даних, а сума систематично пов'язаних кількісно-якісних властивостей здоров'я [8].

Ключовими комплексними показниками, що характеризують публічне здоров'я, є смертність, очікувана тривалість майбутнього життя та рівень дитячої смертності до 1 року [8]. При цьому найчастіше показник очікуваної тривалості життя конкретизується показником «очікувана тривалість здорового життя» [8], який найбільш глибоко відбиває показник публічного здоров'я.

Організація Об'єднаних Націй з метою оцінки публічного здоров'я затвердила систему соціальних показників здоров'я, що включає п'ять груп показників [33]: « очікувана тривалість життя (далі – ОТЖ) у різному віці: 1 рік, 20, 40, 60 років; ОТЖ в стані здоров'я в 1 рік, 20, 40, 60 років; частка осіб, які перебувають у стані нездоров'я, у відсотках від загальної кількості населення; доступність отримання медичних послуг: фізична – середній час надання швидкої медичної допомоги; економічна (середній розмір доходів сім'ї, їх витрати на медичну страховку та на послуги охорони здоров'я в цілому)» [33].

Іншими словами, методика оцінки ООН [33] має системний характер: крім оцінки здоров'я населення, вона дозволяє оцінити рівень та якість медицини.

Не буде перебільшенням інтерпретувати здоров'я як суспільне багатство, фактор соціально-економічної безпеки, без якого немислимо створення всієї сукупності матеріальних і духовних цінностей, чим мають бути зацікавлені держава, роботодавець та індивід.

Публічне здоров'я – « якісна характеристика на певній території населення, що формується під впливом комплексних біологічних, екологічних та соціально-економічних факторів, що забезпечує максимально можливу активну тривалість життя, стабільний демографічний розвиток, трудову та соціальну активність, розвиток творчого та інтелектуального потенціалу» [35, с. 33].

Ряд вітчизняних учених сходяться на думці [34; 37; 38;], що публічне здоров'я визначає процес адаптації до змін зовнішнього середовища, соціальних умов, до хвороб, лікування, старіння: це результат інстинкту, а реакція на соціально створену дійсність.

Якість здоров'я населення, його тривалість вносять величезний внесок у формування якості життя населення. Одночасно, рівень соціально-економічного розвитку, доходи населення, безпосередньо впливають на публічне здоров'я.

Позитивний вплив мають такі фактори, як поліпшення умов життя населення, наявність інфраструктури, кадрів, розвиток медицини та біології, інноваційні технології та ін. Негативний вплив на публічне здоров'я здатні надати війни, голод, економічні кризи. Відповідно, чим нижчий рівень соціально-економічного розвитку, тим гірша якість публічного здоров'я.

Високий рівень здоров'я надає вплив на економічний розвиток держави через наступні показники: продуктивна ефективність працівника; очікувана тривалість життя; навчання, самоосвіта; здатність до творчості; адаптивність до несприятливих факторів; неоднаковість – фактори, що підвищують рівень здоров'я, зменшують різницю у доходах населення.

Отже, охорона здоров'я – це галузь, де створюється капітал здоров'я, оскільки споживачі медичних послуг мають потребу у покращенні свого здоров'я, а не буквально отримати конкретну послугу – тобто попит на медичні послуги трансформується у опосередкований попит на здоров'я.

Складається подвійна ситуація, яка полягає в тому, що через якийсь час інвестиції впливають на здоров'я, але і здоров'я, що є ключовим компонентом

людського капіталу, впливає на добробут населення, зокрема за рахунок збільшення продуктивності праці.

Індивід має подвійну природу по відношенню до свого здоров'я: є його «споживачем» та його «виробником» одночасно. Очевидно, що здоров'я, являючи собою цінність, впливає на поведінку, становище та достаток індивіда, але при цьому воно безпосередньо впливає на інші компоненти людського капіталу.

Таким чином, можна стверджувати, що збереження та зміцнення капіталу публічного здоров'я – ключовий інструмент інноваційної економіки. Збільшення тривалості життя, особливо його якісних складових, що підвищуватиме показники продуктивності робочих ресурсів, оскільки досвід – це першочергова детермінанта людського капіталу.

Іншими словами, покращення показників здоров'я стає ефективним механізмом поліпшення показників результативності трудових процесів та якісних характеристик праці. Усьому цьому може сприяти лише ефективне функціонування системи охорони здоров'я та надання медичних послуг.

З поняттям публічного здоров'я та наданням профілактичних медичних послуг нерозривно пов'язане поняття «здоров'язбереження» [4, с.67]. Воно відбиває якісну характеристику системи охорони здоров'я. Незважаючи на часте використання цього терміна в сучасній науковій спільноті та розвитку систем охорони здоров'я, законодавство не дає його чіткого визначення.

Багатьма авторами [3] здоров'язбереження розглядається вузько: «лише в аспекті виховання школярів, як елементу освітнього процесу». Здоров'язбереження необхідно розглядати як державну, суспільну, продуктивну та особистісну цінність, адже, перш за все, здоров'я цінне для держави у питаннях регулювання народонаселення, активності довголіття та національної безпеки країни в цілому.

Під здоров'язбереженням пропонується розуміти взаємодію суб'єктів управління публічним здоров'ям, спрямоване на збереження та покращення здоров'я. Іншими словами, здоров'язбереження – це «узагальнююче поняття «образу життя», основ профілактики захворювань, охорони праці та створення

умов для гідного життя людей» [3]. Метою здоров'язбереження є досягнення всіма людьми максимального рівня та якості здоров'я, гармонійного функціонування, а також адаптації як здорових людей, так і осіб із обмеженими можливостями здоров'я.

Ефективна взаємодія передбачає безпосередню кооперацію дій трьох основних суб'єктів: індивіда (здоровий спосіб життя, профілактичні заходи, усвідомленість цінності здоров'я), держави (через систему охорони здоров'я, використовуючи всі наявні ресурси), роботодавців (охорона праці, соціальна відповідальність роботодавця, корпоративні програми, які забезпечують зміцнення здоров'я). Лише системна робота всіх суб'єктів характеризує комплексну систему здоров'язбереження, що відповідає критеріям соціальної держави. Тим самим можна зробити висновок, що саме здоров'я населення є системоутворюючою ланкою, кінцевим результатом діяльності системи охорони здоров'я та надання медичних послуг.

1.2. Державне регулювання ринку медичних послуг

Спеціалістами в галузі охорони здоров'я відзначаються різнобічні погляди щодо обсягу та необхідності в цілому втручання держави у сферу охорони здоров'я. Але наявні в даний час проблеми галузі [17] (недофінансування, проблеми у сфері надання доступної та якісної медичної допомоги, дефіцит медичних кадрів, недосконалість ринку платних медичних послуг та інші) вирішити без регулювання держави неможливо. Лише регулятор в особі держави здатен гарантувати визнання, дотримання та захист прав та свобод людини, і лише для нього, згідно з українським законодавством, діяльність з охорони здоров'я населення – це головна функція та конституційний обов'язок.

Систематизуємо цілі держави [11, с. 67]: «створення інфраструктурних, кадрових та інших умов для надання доступних та якісних медичних послуг

усім групам населення; сталий, інноваційний, науковий розвиток галузі; моніторинг рівня захворюваності, народжуваності та смертності в країні та окремо взятих регіонах з метою оперативного коригування політики у галузі охорони здоров'я, її фінансування».

Споживання медичних послуг не може залежати тільки від рівня платоспроможності індивіда (пацієнта) [29]: забезпечити доступну та якісну медичну допомогу для всіх верств населення, у тому числі й для жителів країни, що живуть за межею бідності, здатна лише держава.

При моделі зіставлення державного та приватнопідприємницького сектору охорони здоров'я (як ефективного інструменту створення конкуренції між продавцями медичних послуг) найважливішим елементом є чітко визначений ступінь впливу кожного з суб'єктів та розмежування їхньої відповідальності при наданні медичних послуг.

Чинна Конституція України [22] проголосила пріоритет особистості: людина, її правничий та свободи є найвищою цінністю; визнання, дотримання і захист права і свободи людини і громадянина - обов'язок держави, прописано, що кожен має право на охорону здоров'я та медичну допомогу. Медична допомога у державних установах охорони здоров'я надається громадянам безкоштовно [22].

Тим самим Конституція України [22] заклала передумови державного регулювання охорони здоров'я як галузі та медичної діяльності.

На сьогоднішній день правове регулювання системи охорони здоров'я здійснюється Конституцією України [22], Основами законодавства України про охорону здоров'я, Законами України : «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про психіатричну допомогу», «Про лікарські засоби» та іншими законодавчими актами, прийнятими відповідно до них» [40].

Глобальну мету [21] в управлінні охороною здоров'я можна сформулювати як скорочення втрат населення від різних захворювань та смертності, найважливішими підцілями для її реалізації є профілактичні, реабілітаційні, лікувально-оздоровчі, діагностичні, демографічні, репродуктивні, правові заходи.

При оцінці ефективності експерти з охорони здоров'я оперують кількісними показниками: відповідно до Статуту ВООЗ [8] виділяють наступні чотири основні показники, які визначають поточний стан системи охорони здоров'я будь-якої окремо взятої держави: «індикатори, які стосуються політики у сфері охорони здоров'я; індикатори соціально-економічного розвитку держави; індикатори забезпеченості населення медико-соціальною допомогою; індикатори стану здоров'я населення» [8].

Державне управління системою охорони здоров'я – «цілеспрямована та безперервна діяльність органів влади, головним завданням якої є забезпечення права громадян на безкоштовну, якісну та високотехнологічну медичну допомогу» [15, с.33]. У державне регулювання входять дві основні функції: стабілізаційна та розподільна.

На загальнодержавному рівні охорона здоров'я регулюється Міністерством охорони здоров'я України [27] – це центральний галузевий орган управління системою охорони здоров'я у складі Уряду.

Сьогодні в Україні сформовано єдину систему охорони здоров'я, структуру яких визначається органами публічного управління на державному, регіональному та місцевому рівнях, а також приватними медичними організаціями.

Вкрай важливо, щоб система охорони здоров'я була скоординованою та реагувала попри все на зміни навколишнього середовища. Ще одна з причин необхідності державного регулювання – це зацікавленість у ефективній реалізації всіх її множинних ресурсів.

Ключовою проблемою тут є підхід залишкового, що зберігся, фінансування соціальної сфери в Україні.

Таким чином, зарегламентована цінність розвитку охорони здоров'я та здоров'я населення не корелює з фінансовим забезпеченням галузі, що відображено у (додатку А). Так, згідно даних Міністерства фінансів України 215,3 млрд. грн. становили видатки на охорону здоров'я у 2022 році [17, с. 183].

Незважаючи на це, на сьогоднішній день не приділяється необхідного фінансування на профілактичний блок. Порівнюючи це значення з державними витратами на охорону здоров'я країнами світу, в 2022 році зафіксовані вкрай низькі витрати України на охорону здоров'я в порівнянні, наприклад, з Норвегією (в 2,7 рази), з Німеччиною (у 2,9 раза), з Італією (у 2 рази). Перевищують витрати України лише такі країни, як Єгипет, Азербайджан, Киргизія та інші [21, с. 40]. При цьому Україна порівняно з цими країнами належить до групи країни з низькими доходами населення, незадовільними показниками здоров'я та демографії.

Організаційно-управлінська, що функціонує в даний час, структура системи охорони здоров'я України, і навіть реалізація програм розвитку галузі не відображають завдання, спрямовані на покращення якісних характеристик здоров'я населення, також вони не супроводжуються жодним методологічним обґрунтуванням, що серйозно ставить під загрозу ефективність реалізації політики у сфері охорони здоров'я, а отже і соціально-економічного розвитку країни в цілому.

Таким чином, визначення соціальної сфери як пріоритетного напрямку розвитку має підкріплюватися достатнім (а не залишковим) принципом фінансування, а також рівень фінансування, що вимірюється у відсотках до ВВП повинні мати тенденцію до збільшення. Держава, зокрема розподіляючи бюджетні кошти, детермінує якість та кількість наданої медичної допомоги. Державне регулювання галузі має бути цілеспрямованим, воно має враховувати диференціацію регіонів та потреби всіх категорій громадян, проводити регулярний моніторинг рівня їх задоволеності якістю та доступністю медичних послуг, створювати умови для охорони здоров'я, його зміцнення та формувати елементи здоров'язбереження.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ РОЗВИТКУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Дослідження особливостей української системи охорони здоров'я

Порівняльні дані щодо рівня смертності, очікуваної тривалості життя при народженні, очікуваної тривалості здорового життя при народженні, витрат на охорону здоров'я на душу населення та ймовірності смертності від чотирьох основних неінфекційних захворювань (далі – НІЗ) в Україні та у країнах Великої сімки, характеризують результативність надання медичних послуг. Україна порівняно з цими країнами має найвищий коефіцієнт смертності, ймовірності смерті від чотирьох основних НІЗ, найнижчу очікувану тривалість життя та очікувану тривалість здорового життя при народженні та поточні витрати на охорону здоров'я як на душу населення, так і у відсотковому співвідношенні до ВВП.

Причини смертності населення України у 2022 році у відсотковому відношенні кожної їх причин від загальної кількості померлих наведені у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Відсоткове співвідношення причин смертності в Україні, 2022 р. [21; 27]

%	Причина смертності
1,7	деякі інфекційні та паразитарні хвороби
2,4	хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин
3,2	хвороби органів дихання
5,6	хвороби нервової системи
7,1	зовнішні причини смерті
11,5	інші класи хвороб
16,4	новоутворення
46,7	хвороби системи кровообігу

Основні причини смертності в Україні – хвороби системи кровообігу (46,7%), онкологія, зовнішні причини, хвороби нервової системи. Ці дані підтверджують тенденцію на глобальному рівні [21, с.50]: згідно з даними,

представленим ВООЗ, неінфекційні захворювання становлять причину 71% всіх смертей у світі (серцево-судинні захворювання – 45 % усіх смертей від НІЗ; рак – 22%; хронічні респіраторні захворювання – 10%; діабет – 4%).

Одним з ефективних профілактичних заходів щодо зниження смертності та виявлення захворювань на ранній стадії є диспансеризація. Розглянемо фактори ризику в рамках диспансеризації по Україні (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Фактори ризику в рамках диспансеризації в Україні, 2020-2022 р.,
у відсотках [25]**

Фактори	2020 р.	2021 р.	2022 р.
Підвищений артеріальний тиск	14,11	14,50	14,75
Підвищена глюкоза	3,23	3,41	4,05
Надлишкова маса	18,51	18,35	19,32
Куріння	12,88	12,08	10,57
Вживання алкоголю	0,94	0,90	0,90
Вживання наркотиків	0,10	0,06	0,05
Знижена фізична активність	19,82	18,98	18,95
Нераціональне харчування	28,79	26,69	27,56
Спадковість за хронічним неінфекційним захворюванням (далі - ХНІЗ)	8,56	7,87	7,53
Високий серцево-судинний ризик (далі - ССР)	8,68	8,04	8,24
Дуже висока ССР	4,31	4,03	4,20

Ні по одному з факторів ризику немає приросту 1% за один рік, що говорить про позитивну тенденцію результатів проведення диспансеризації в Україні. Загалом під час проходження диспансеризації лікарями та організаторами охорони здоров'я відзначаються такі проблеми, як відсутність актуальної форми статистичної звітності, відсутність поточного обліку проведення попередніх та періодичних оглядів, порушення маршрутизації: немає відділень медичної профілактики, неготовність медичних організацій до проведення досліджень у повному обсязі, відсутність фахівців та обладнання.

Майже половина причин смертності в Україні – серцево-судинні захворювання (далі – ССЗ). У зв'язку з цим вкрай незрозуміло низьке фінансування, спрямоване на лікування даного виду захворювань. Можливо, подолання такої високої смертності від цих видів захворювань планується за

рахунок профілактичних заходів (які відображені у завданнях та фінансуванні інших підпрограм), однак, на наш погляд, це не виправдано, тоді потрібна цивілізована система охорони праці, що дозволяє уникати стресів та травматизму.

Шкідливе виробництво є також є одним із значних факторів охорони праці та здоров'я працюючих. Розглянемо його кількісні показники щодо галузей та факторів шкідливості в Україні у 2022 році у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Питома вага чисельності зайнятих в організаціях на роботах у шкідливих та (або) небезпечних умовах праці в Україні, 2022 р., відсоток від кількості працівників організацій відповідного виду економічної діяльності [25]

Галузь	Працювали під впливом факторів виробничого середовища			
	шуму, ультразвуку, повітряного інфразвуку	вібрації (загальної та локальної)	аерозолів переважно фіброгенного дії	хімічного фактора
Сільське, лісове господарство, полювання, рибальство	10,6	6,5	1,9	5,5
Промислове виробництво	24,5	4,6	6,6	10,7
Видобуток корисних копалин	32,6	12,2	12,2	9,2
Обробні виробництва	25,7	3,7	6,6	12,0
Забезпечення електричної енергією, газом та паром	17,1	2,7	4,0	6,7
Водопостачання; водовідведення	15,2	4,4	1,7	10,4
Будівництво	16,6	7,7	4,1	7,1
Транспортування та зберігання	13,6	6,5	1,1	2,9
Діяльність у сфері зв'язку та інформації	0,6	0,1	0,1	0,4

Максимальні значення зафіксовано у галузях видобутку корисних копалин, обробного та промислового виробництва та забезпечення електричною енергією, газом і паром – це області, де на запобігання шкідливих впливів та мінімізацію їх впливу на здоров'я співробітників потрібно надавати першорядний вплив.

Імунізація населення є також одним із ключових показників розвитку профілактичних медичних послуг, за які мають нести відповідальність як держава, і роботодавець, і сам індивід. У цілому нині імунізація – це процес, орієнтований на придбання людиною імунітету проти поширених інфекцій та поява в організмі здатності чинити опір впливу інфекційних агентів. Бажаний результат досягається за рахунок застосування вакцин різної дії.

Міністерством охорони здоров'я України [27] затверджено національний календар профілактичних щеплень та календар профілактичних щеплень за епідемічними показаннями, де прописані всі необхідні: туберкульоз, поліомієліт, кашлюк дифтерія, правець, кір, епідемічний паротит, гепатит В, краснуха, грип, гемофільна інфекція, пневмококова інфекція. Актуальність імунізації в останні два роки спричинена вакцинацією проти коронавірусної інфекції.

2.2. Аналіз факторів ефективності системи охорони здоров'я

Перша рамкова основа оцінки ефективності роботи систем охорони здоров'я була сформульована для ВООЗ [8] у роботі Murray et Frenk у 1999 р. У ній розглядалися три основні сфери результативності: справедливість, ефективність та якість. Варто відмітити що недоліком тут є аспект доступності медичної допомоги.

У 2000 р. вона була доповнена чотирма системними функціями, які виконує система охорони здоров'я: керівництво, створення ресурсів (інвестиції та професійна підготовка), надання послуг та фінансування (збір, накопичення та здійснення закупівель) [26].

Можна констатувати, що розвиток галузі охорони здоров'я обумовлювався системою взаємодії різних ресурсів, продуктивності, результатів діяльності та загальної користі відповідно до теорії Donabedian [24].

Відштовхуючись від такої концептуальної бази, рамкова основа особливостей оцінки ефективності систем охорони здоров'я поступово

трансформувалася в модель, представлену в доповіді ВООЗ [8] 2007 року Everybody's business, де структурними елементами системи є: надання медичних послуг; кадрові ресурси, інформація, медичні товари, вакцини та інноваційні технології, фінансування та довгострокове управління. Структурні елементи і цілі пов'язані такими критеріями як доступ, охоплення, якість, безпека.

У рамках нашого дослідження виходитимемо з того, що в охороні здоров'я існує три види ефективності: медична, соціальна та економічна. Медична ефективність – це результуючі показники стану здоров'я населення, діагностики лікування різних патологій та профілактичних заходів. Соціальна ефективність відбиває те, як населення задоволене якістю та доступністю наданої їм медичної допомоги. Економічна ефективність є впливом, який надають показники здоров'я населення на макроекономічні показники (ВВП, економічне зростання, національний дохід, соціальний розвиток) [26].

Репрезентативні кількісні показники зворотного зв'язку споживачів медичних послуг мають найважливіше значення для показника ефективності системи охорони здоров'я

Важливим та необхідним показником оцінки ефективності реалізованих по відношенню до здоров'я управлінських впливів, також є сфера відносин роботодавця та індивіда. Тому необхідно додати до оцінки ефективності показник «кількість підприємств, що реалізуються корпоративні програми зміцнення здоров'я» [28, с. 91], які є ефективним інструментом як поліпшення здоров'я співробітників, так і економічної складової діяльності підприємств:

- з компаній, які впровадили оздоровчі програми, 67% зафіксували зростання продуктивності праці, а 75% зазначили, що їх співробітники були задоволені своїм робочим місцем ;

- «погане здоров'я працівників коштує компаніям до 1,7 тис. доларів на рік на 1 особу, що включає зниження продуктивності» [17, с. 181] ;

- ефективне управління здоров'ям співробітників дозволяє [20]: «1) знизити їх захворюваність на 40% - 50%; 2) зменшити кількість днів непрацездатності – на 20 % (кожен вкладений у здоров'я персоналу 1 долар дозволяє компанії заощадити

на оплаті лікарняних листів 3,45 долара), 3) знизити середній термін тимчасової непрацездатності на 30%; 4) підвищити виявлення хронічних захворювань - на 10% - 15%»;

– середній річний показник плинності кадрів у компаніях, де співробітники залучені до спільних занять спортом, становить 3,5 %, загалом же по корпораціях ця цифра сягає 10,3% [20].

За дослідженнями Міністерства охорони здоров'я України [27] через захворюваність співробітників економіка щорічно втрачає близько 1,4% ВВП. Як показує статистика, лише 61% співробітників компаній охоплені корпоративними програмами зміцнення здоров'я, частіше загалом вони впроваджуються великими компаніями. Найбільш популярним його форматом є добровільне медичне страхування (більше 30% компаній оплачують медичне обслуговування працівників), проведення масових спортивних змагань, вакцинація проти грипу, коронавірусної інфекції та організація гарячих обідів. Загалом це відповідає моделі корпоративного управління.

Оцінка ефективності, на наш погляд, має проводитися органами публічного управління щорічно на основі розрахунків та даних, надісланих профільними відомствами, при цьому суб'єктивні оцінки думки мешканців мають збиратися протягом усього року: це невелике анкетування, при цьому можуть бути задіяні онлайн-сервіси, наприклад, адміністративні послуги, телефонні переговори та Центри здоров'я.

Виходячи з даних служби статистики, кількість порушень при наданні медичної допомоги громадянам тільки зростає. Згідно з результатами опитувань, проведених ними раніше, причинами цього є два фактори [2]:

1. Лікарські помилки та некомпетентність лікарів (73,7 % респондентів).
2. Нестача фахівців та медикаментів, збої у роботі медичного обладнання (23,6% респондентів).

Незважаючи на те, що ефективність – це завжди відношення результату до витрат, вважаємо, що соціальна сфера і особливо охорона здоров'я не відноситься до галузей, де досягти високих результатів необхідно при щодо низький рівень

бюджетного фінансування. Показники фінансування галузі і так вкрай малі і потрібні їх збільшення на всіх рівнях, а бажання регіону «опинитися в рейтингу ефективності на лідируючих позиціях» може призвести до нерозуміння, невідомості проблем галузі. Сфера охорони здоров'я не є тією галуззю, де необхідно скорочувати бюджетне фінансування, адже немає нічого важливішого, ніж життя та здоров'я індивіда та населення загалом.

Для суб'єктивної оцінки системи охорони здоров'я регіону та аналізу її соціальної ефективності, що ґрунтується на оцінці задоволеності населення наданими медичними послугами, в Україні була розроблена анкета для оцінки громадського здоров'я та задоволеності одержуваними медичними послугами.

Анкета включає комплексні питання [2], умовно поділені на п'ять блоків: загальна інформація, оцінка власного здоров'я та впливають на його факторів, відданість ЗОЖ та оцінка медичного обслуговування та регіональної системи охорони здоров'я в цілому. Анкета складається з 60 питань, передбачувана вибірка – щонайменше 1000 осіб різних вікових груп.

Опитування пройшли 1256 респондентів, їх 75 % – жінки, 25 % – чоловіки; більше половини - 51% у віці 22-35 років, із запропонованих варіантів відповідь на питання про вік не обрано лише варіант відповіді «до 15» [2].

Місцем проживання більшості респондентів є Житомир (32%), інші варіанти відповіді розподілилися приблизно однаково, що робить результати опитування достовірнішими, що відображають повну картину задоволеності жителів послугами охорони здоров'я та місті та на селі [29].

Більше половини опитаних - 53% є фахівцями, але всі інші види діяльності також зустрічаються у відповідях респондентів. Майже половина опитаних (46%) своє матеріальне становище описують як «грошей вистачає на продукти та одяг, але купівля великої побутової техніки є для нас скрутною». Помилка вибірки становила 2,77%. Більше половини респондентів (56,5%) вважають своє здоров'я задовільним, 35,9% - добрим, 7,6% - поганим [2].

На запитання «Який із факторів, на Вашу думку, найбільше впливає на здоров'я?» було отримано такі відповіді: спосіб життя – 42 %, зовнішні чинники

(умови побуту, навчання, екологія тощо) – 23,7 %, якість та своєчасність медичної допомоги – 22%, спадковість – 8,1% [2].

Більшість респондентів (63 %) вважає, що більшою мірою відповідальність за своє здоров'я несе сама людина, чверть респондентів вважає, що така відповідальність одно розподіляється між людиною, державою, системою охорони здоров'я, батьками та роботодавцями. 60,4% респондентів вважають, що їх рівень інформованості щодо питань охорони здоров'я недостатній [2].

Переходячи до блоку здорового способу життя, варто відзначити, що таким його вважають лише 43,5% - іншими словами більшість респондентів чесно зізнаються про відмову від дотримання принципів здорового способу життя, хоча при цьому саме здоровий спосіб життя ними був обраний як головний фактор, що впливає на здоров'я. 88,5% респондентів вважають за необхідне змінити свій спосіб життя на краще. На питання про причини, що заважають вести здоровий спосіб життя, респондентам пропонувалося вибрати кілька варіантів відповіді, найбільш актуальними виявились: втома після робочого дня/навчання – 54,1 %; матеріальні труднощі – 52,8%; дефіцит часу – 41,5%; лінощі - 34,6%; відсутність умов – 23,6% відповідей [2].

За отриманими даними, можна констатувати, що низький рівень якості життя має ключовий негативний вплив на громадське здоров'я. 71,4% опитаних повідомило, що вони не курять, 10,5% – що курили, але, усвідомивши згубність звички, кинули; 18,1 % – що курять нині – за цьому 81,2% з них обізнані про шкоду куріння і чи планують позбавитися від цієї звички; 11,8% – не обізнані та не планують кидати; 7,1% - не обізнані, але планують покинути [2] .

Щодо вживання алкоголю, то більшість респондентів – 52,6 % вживають його не частіше 1-2 разів на місяць; 35,7% - не використовують зовсім, 11% - двічі на тиждень та частіше. Майже половина з тих, хто вживає алкоголь у будь-якій кількості (47,4 %) обізнані та намагаються обмежити його споживання; 30,4 % – обізнані та не планують позбавлятися цієї звички та обмежувати споживання алкоголю; 17% – обізнані та планують позбутися цієї звички [2].

Переважна більшість респондентів - 92,7% ніколи не вживали наркотичні чи токсичні речовини. 40,8% респондентів не займаються спортом, систематично займаються – 13,7%; 45,5% - займаються, але не регулярно. Про те, що в кроковій доступності є інфраструктура для занять спортом заявили 57,9% респондентів.

У спадному порядку побудуємо рейтинг відповідей на запитання «Що може вплинути на рішення змінити Ваш спосіб життя на краще?» [2]:

- загалом покращення умов та якості життя – 52,6 %;
- погіршення здоров'я - 48,9%;
- усвідомлення невдоволення сформованим способом життя – 47,9 %;
- матеріальні стимули з боку роботодавця та держави – 45,2 %;
- грамотна пропаганда ЗОЖ - 16,6%;
- отримання важливої інформації про ЗОЖ самостійно - 10,8%;
- засудження оточуючих - 6,8%.

71,1% респондентів вважають, що їхнє харчування не є раціональним, досить вітамінізованим та збалансованим. Аналізуючи причини, вони відзначають регулярне порушення режиму дня – 64,6 %, надлишок солодких та борошняних вуглеводів – 39,7 %, одноманітне харчування – 38,7 %, вживання нездорової та жирної їжі (як правило, фаст-фуду) – 29 %, рідкісне вживання м'яса та риби – 26,3 %, неприйом полівітамінів – 22,6 % та часте переїдання – 21,9 % [2].

46,9% респондентів знають, що таке генетично модернізовані організми, але не стежать за складом продуктів; майже стільки ж - 46,5% знають, намагаються не вживати; про те, що це не знають 6,6% респондентів [2].

Більшість респондентів (56%) відповіли, що в середньому на день сплять 5-7 годин; 35,7% - що 7-9 годин; менше 5 годин сплять 54%; більше 9 годин – 2,9% опитаних. Менш ніж 2 години на день на свіжому повітрі буває 41,2 % опитаних; 35,2% опитаних – 2-4 години; 21,3% - понад 4 години [2].

Переважно благополучним свій психологічний стан вважають 80,2 % опитаних, відповідно, переважному неблагополучному – 19,8% [2].

Відповіді на запитання «Наскільки Ви задоволені докільям (Забрудненість, зашумленість, привабливість)?» розподілилися в такий спосіб: швидше

задоволений – 43,5 %; скоріше незадоволений – 35,2%; зовсім не задоволений – 13%; повністю задоволений – 8,3% [2].

Найбільшою мірою негативні тенденції у стані навколишнього середовища середовища, на думку респондентів, проявляються у забрудненні атмосфери (57,2 %), забруднення водойм (50,4 %), виробничих викидів заводів (49,4 %), несанкціонованих звалищах (46,5 %) та щільність транспортного потоку (43,5%).

Щодо якості питної води, то швидше не задоволені нею, ніж задоволено 35,2 % респондентів, швидше задоволено, ніж не задоволено – 29,1%, зовсім не задоволені – 27,4%; повністю задоволені – 8,3%. Допустимими свої умови праці/навчання вважають 55,9 % опитаних, оптимальними – 25,2%, шкідливими – 15,5% [2].

На питання «виробничі фактори, які надають, на Вашу думку, найбільшу шкоду здоров'ю» респондентам було запропоновано обрати три фактора, ключовими виявилися [2]:

- підвищена нервово-психічна напруга (82,4 %) – це означає, що для 1034 респондентів цей чинник є одним із трьох ключових;
- напружений графік роботи, навчання (58,9 %) – для 739 респондентів даний фактор є одним із трьох ключових;
- професійні шкідливості (36,4% або 457 осіб);
- незадовільні побутові умови (29,6% чи 371 респондент);
- велике фізичне навантаження (25,9% або 325 респондентів).

На одне з ключових питань опитування «Чи задоволені Ви рівнем якості медичного обслуговування у медичних закладах» відповіді розподілилися таким чином [2]: скоріше незадоволений, ніж задоволений – 37,9 %, зовсім незадоволений – 33,7 %, швидше задоволений, ніж задоволений – 25,2%, повністю задоволений – 3,2% .

На питання про частоту відвідування дільничного терапевта чи педіатра велика частка респондентів – 38,6 % відповіли, що роблять це щорічно, 23,5 % – що взагалі його не відвідують; 19,8% відвідують раз на півроку, 11% – раз на квартал, 4,9% - роблять це раз на місяць, 2,2% - частіше ніж раз на місяць.

77,4% респондентів відзначають наявність дефіциту вузьких фахівців у медичних установ, 39,9% – дефіцит дільничних терапевтів; 24,1% - дефіцит середнього медичного персоналу, 14,1% респондентів вважають, що дефіциту немає.

Майже половина респондентів (48,4%) на запитання «Причина, через яку Ви найчастіше звертаєтесь до медичної організації» відповіли «захворювання», наступна за популярністю відповідь – «профогляд (у напрямку роботодавця/університету)» (24,2 %), респондентів, які найчастіше звертаються до поліклініку за отриманням довідки (для басейну, посвідчення водія і т.п.) виявилось 10%, для проходження диспансеризації – 8,3%.

На гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) на рік хворіють 1-2 рази половина опитаних; рідше 1 разу на рік – 27,4%; 3-4 рази у рік – 16,6 %.

У половини опитаних є хронічні захворювання, у 32% їх немає, а 17,4% відповіли, що їм важко відповісти – що відразу говорить про те, що вони не проходили жодних профілактичних обстежень.

95,1% опитаних заявили, що не завжди звертаються до лікаря при нездужаннях. Найбільш поширена відповідь щодо причини даного явища, є низький рівень обслуговування – 50,9 %, лікуюсь самостійно – 47,9 %, недовіра до кваліфікації лікаря – 34 %, небажання брати лікарняний лист – 16,1 %. Серед відповідей, запропонованих самими респондентами, найбільше актуальною є наявність великих черг.

Далі виділимо основні відповіді на єдине відкрите питання «Які заходи, на Вашу думку, необхідно вжити у Вашому регіоні для підвищення якості надання медичних послуг та покращення здоров'я населення?».

По-перше, всі наголосили на необхідності інфраструктурних перетворень у охороні здоров'я (збільшення медичних організацій, покращення їх оснащеності, модернізації).

По-друге, велика кількість відповідей була присвячена збільшенню штату співробітників медичних організацій, підвищенню їхньої компетентності, заробітної плати, мотивації та культури поведінки з пацієнтами, проходження

атестації на професійну придатність головних лікарів. Під мотивацією тут респонденти розуміли, по-перше, мотивацію працівників охорони здоров'я: щоб вони були зацікавлені в якісному обслуговуванні громадян і, по-друге, мотивацію лікарів залишатися в Україні та проводити складні операції у себе на батьківщині.

До цього ж блоку відповідей можна віднести вимогу жителів до надання студентам медичних ЗВО якісної освіти. Ці дві проблеми дуже актуальні для мешканців сільської місцевості – деякі з них відзначають відсутність медичних пунктів та фахівців у їх населених пунктів. Співробітникам медичних організацій, особливо у сільській місцевості, потрібна інфраструктура, яка дозволить своєчасно та якісно надавати медичну допомогу населенню.

Наступним блоком дій, спрямованих на покращення здоров'я населення, відмічено будівництво спортивних майданчиків, контроль якості води та повітря, мотивація занять спортом та формування відповідальності за власне здоров'я.

Питання неефективної профілактики та диспансеризації жителі пропонують удосконалити за допомогою розширення переліку вузьких спеціалістів при їх проходженні, зниження термінів очікування таких діагностичних процедур як ультразвукове дослідження та Магнітно-резонансна томографія.

Говорячи про проблеми державного управління, мешканці відзначають необхідність контролю за виконанням цільових бюджетних коштів, зменшення бюрократичних процедур та викорінення корупції у галузі. Також мешканці республіки закликають організувати виробництво ліків в Україні, виділяти робочий час на лікувальну фізичну культуру та контролювати неприпустимість великої переробки годинника на місяць.

Багато хто вважає, що система не працює і що необхідно прибрати посередників між медичною організацією та державою, тобто страхові організації.

Підсумовуючи проведене опитування, сформуємо виявлені ключові фактори здоров'я індивіда: здоровий спосіб життя, гарна спадковість, сприятливі зовнішні чинники, якісно та своєчасно надані медичні послуги, відсутність шкідливих звичок, екологія, задовільний психологічний стан, восьмигодинний сон, збалансоване харчування, охорона здоров'я на робочому місці.

Загалом жителі Житомирської області хочуть зміцнити своє здоров'я, вести здоровий спосіб життя, також вони усвідомлюють, що більшою мірою відповідальність за своє здоров'я несе сам індивід, але при цьому більшість опитаних нехтують здоровим сном, харчуванням та не займаються спортом(хоча й зазначають, що є інфраструктура), а 95% опитаних заявили, що не завжди звертаються до лікаря за нездужання. Недостатнім рівнем уваги до сфери охорони здоров'я, що надається органами місцевої та регіональної влади вважають майже половина опитаних.

Якістю і доступністю надаються медичними послугами більшість респондентів не задоволено, понад 75% опитаних відзначають наявність дефіциту вузьких фахівців у медичних закладах: все це, ймовірно всього, позначається на отриманні ними своєчасної медичної допомоги на платній основі (48,9%).

Тим самим, у ході кількісного та якісного аналізу розвитку охорони здоров'я виявлено основні проблеми, вирішити які можливо при впровадженні та ефективній реалізації концепції здоров'язбереження.

Загалом за другим розділом роботи можна сформулювати такі висновки.

Усвідомлення того, що кінцева мета всіх реформ у системі охорони здоров'я – це покращення якісних показників здоров'я (таких як мобільність, дитяча смертність, трудова та громадська активність, відсутність депресивних станів як наслідок стресу, бажання та можливість творчого зростання та інтелектуального розвитку), а також поєднання цього з централізованим управлінням та оптимальним витрачанням достатнього обсягу фінансових коштів може говорити про ефективність заходів, сприяють трансформації системи охорони здоров'я на систему здоров'язбереження.

Чинниками ефективності системи охорони здоров'я є: очікувана тривалість здорового життя, суб'єктивна оцінка населенням якості та доступності медичних послуг, оцінка населенням якості власного здоров'я, кількість підприємств, що реалізують корпоративні програми збереження та зміцнення здоров'я, що включають імунізацію співробітників.

Доведено ефективність та необхідність пріоритетності профілактичних заходів під час вирішення питання зміцнення громадського здоров'я. Все це визначає потребу у розробці концепції здоров'язбереження, точніше трансформації існуючої системи охорони здоров'я України в систему здоров'язбереження.

РОЗДІЛ 3.

НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Синхронізація цілей стейкхолдерів – споживачів здоров'я

У роботі неодноразово згадувалася необхідність переходу від моделі надання медичних послуг в аспекті лікування моделі профілактики. Саме вона є пріоритетною в системі здоров'язбереження. Визначальним розвитком суб'єктом системи є держава, інтерес якої полягає у формуванні здорової, ефективної оптимально-репродуктивної нації. Володіючи винятковими правами примусу, органи публічного управління можуть впроваджувати мотиваційні механізми для роботодавця та індивіда, що стимулюють відповідальне ставлення до здоров'я. Проблема полягає в відсутності довіри до державного управління. Тому, усвідомлюючи потребу у необхідності здорових, освічених, ефективних людей, перед державою в аспекті здоров'язбереження ставляться безліч різнопланових завдань [4, с. 77]:

- 1) «формування ментальності ставлення до людини як до цінності, а до добробуту як до мети соціально-економічного розвитку;
- 2) створення інституту кваліфікованих, профільних приватних лікарів;
- 3) забезпечення системи охорони здоров'я кваліфікаційними кадрами;
- 4) формування мотиваційних механізмів, що стимулюють здоров'язбереження для всіх суб'єктів;
- 5) масштабне поширення практики, що ефективно функціонує, системи охорони праці на підприємствах;
- 6) відновлення інфраструктури, особливо у сільських районах».

2. До завдань роботодавців належить формування ефективно чинної системи охорони праці та здоров'я працівників, зниження до нульових значень частки травматизму та шкідливого виробництва, формування відповідальності

за здоров'я своїх працівників, створення та реалізація корпоративних програм зміцнення здоров'я

3. Завдання індивіда – усвідомлення цінності власного здоров'я, відповідальності за нього, реалізація профілактичних заходів та прихильність ЗОЖ, проходження диспансеризації, контроль стресу: що згодом має призвести до зниження інвалідизації, захворюваності та смертності населення.

Кожен із обраних напрямів розвитку системи здоров'язбереження важливий, але лише ефективна взаємодія всіх її суб'єктів (держави, роботодавця та індивіда) може призвести до успішної реалізації даного концептуального підходу, метою якої є покращення суспільного здоров'я.

Без системи мотивації кожного із суб'єктів системи здоров'язбереження її ефективне функціонування неможливе. На кожному розглянутому нами рівні мають свої бар'єри, усунення яких необхідно для позитивного результату [4]:

- держава – відсутність гідних умов життя багатьох громадян, мотиваційних механізмів, охорони праці та інституційні особливості, зокрема мізерне фінансування та оплата праці;

- роботодавець: відсутність соціальної відповідальності та мотивації проведення моніторингу здоров'я працівників, економічні втрати, незацікавленість у створенні корпоративних програм здоров'язбереження;

- індивід: низький рівень культури ставлення до власного здоров'я та психологічний фактор, що полягає у почутті «своєї непотрібності» (особливо належить до людей старшого покоління).

Лише держава здатна ефективними методами мотивувати, стимулювати роботодавців та індивіда.

Йому для цього необхідно: розмежовувати медицину сервісу та медичну допомогу і, що найголовніше, зробити систему найбільш ефективною та відкритою.

Це можливо за умови, якщо впровадити повністю прозору систему персоніфікованого обліку коштів населення в системі здоров'язбереження, зрозумілу та доступну всім застрахованим особам. Повнота даних означає

можливість перегляду всіх фінансових коштів, що сплачуються та витрачаються, а також перегляду повного спектра наявних можливостей їх використання за всіма видами надання медичних послуг.

Даний вид контролю системи з боку споживачів медичних послуг дозволить зацікавити їх у дбайливому ставленні до свого здоров'я через призму бажання скористатися всіма можливостями - «витратити все те, що за мене заплатила держава чи роботодавець (те, що мені належить)».

При цьому реалізація маркетингового просування цієї персоніфікації та активізація споживачів пріоритетно користуватися профілактичною медичною за допомогою для запобігання та/або виявлення захворювань на ранній стадії є вигідною і для держави як постачальника медичних послуг.

Проаналізуємо ці аспекти.

1. Прозорість системи здатна надати споживачам почуття усвідомленого споживання та ефективного витрачання коштів із системи здоров'язбереження, тим самим привернути увагу до отримання медичних послуг з профілактичними цілями.

2. Фінансова вигода вище: отримання медичних послуг з метою профілактики набагато дешевше, ніж послуги, що надаються за невідкладної медичної допомоги або звернення до медичної організації із захворюванням.

3. Доступність. На відміну від приватної системи охорони здоров'я, у секторі здоров'язбереження всі медичні послуги надаються споживачеві безкоштовно, що дозволяє отримувати її всім верствам населення, а наявність особистого кабінету створить реальну можливість візуалізувати ці можливості у більш систематизованому вигляді, сприяючи отриманню необхідних профілактичних медичних послуг у максимальному можливому обсязі та при максимально комфортних для споживача умов: стає можливість упорядкувати, планувати тощо.

4. Компетентність співробітників – незважаючи на деякі проблеми у кадровій укомплектованості державної системи охорони здоров'я, всі вони мають медичну освіту, а значить компетентні у питаннях громадського

здоров'я. Пошук інформації в інтернеті щодо здоров'я або звернення набирають популярність «псевдофахівцям» з психотерапії, нутріціології, дієтології, голодування тощо – це, навпаки, шлях, що перешкоджає формуванню здоров'язберігаючих технологій у суспільстві [15, с. 53].

Медичні послуги мають надаватися лише компетентними особами, які мають профільну освіту та працюють у сфері медицини.

Основа стратегії формування здорового способу життя – це три технології впливу на виховання культури та соціальної відповідальності: модель переконання у раціональності здорового способу життя, соціальна когнітивна теорія, транстеоретична модель зміни поведінки.

Основні положення цих моделей:

– поведінка людини визначається її біологічними та психологічними характеристиками, комплексом когнітивних та афективних властивостей: знаннями, почуттями, цінностями, переконаннями, самооцінкою, впевненістю у своїх силах та здібностями;

– поведінка формується у процесі життєвого досвіду, під впливом навколишнього середовища і змінюється з часом, у різні періоди часу різні чинники довкілля по-різному впливають поведінка людини;

- існують певні етапи в зміні поведінки, в цілому людина як система розвивається циклічно.

Регулярне проходження планової диспансеризації.

Диспансеризація є одним із найважливіших інструментів здоров'язбереження, проаналізуємо механізм її проходження.

Кількість медичних процедур залежить від віку та статі людини. Обстеження загального характеру призначаються особам від 21 до 36 років. До числа обов'язкових заходів включають [19]: 1) відвідування терапевта; 2) аналіз на загальний рівень холестерину; визначення рівня глюкози; 3) флюорографія легень; 4) відвідування стоматолога; 5) електрокардіограма, визначення абсолютного ризику у пацієнтів віком до 63 років; 6) дослідження на приховану кров у калі; 7 а) у жінок: огляд у гінеколога та мамографія віком від 39 років; 7

б) у чоловіків: відвідування уролога та аналіз на рівень простатспецифічного антигену.

За переліком фахівців, хвороби системи кровообігу, які займають найбільшу частку у причинах смертності, можуть бути виявлені на електрокардіограмі та визначенні абсолютного ризику серцево-судинних захворювань; новоутворення – лише у вузьких фахівців – гінеколога, уролога та мамолога, причому останній фахівець не включається у перелік дівчатам до 39 років, хоча рак молочної залози у структурі захворюваності та смертності жіночого населення залишається провідною онкопатологією як в Україні, так і у світі. У світі щорічно реєструється більше 1,3 млн випадків захворювання на рак молочної залози, гине від нього близько 500 тисяч жінок.

Вважаємо, що необхідно збільшити перелік фахівців та лабораторних досліджень, які мають бути включені до списку обов'язкових досліджень у рамках диспансеризації, у тому числі додати обов'язкове відвідування психотерапевта та психолога. Обмеження часу (15) хвилин), що витрачається на одного пацієнта, є раціональним для розмежування графіка роботи спеціаліста, проте обмежує його у проведенні ефективних процедур лікування, що говорить про те, що це обмеження необхідно ліквідувати. Також необхідно створити умови праці лікарям.

Стимулювати проходження диспансеризації здатне надати знижок на низку платних медичних послуг, прискорення черги на будь-які процедури при своєчасному проходженні диспансеризації або, навпаки, деякі штрафні санкції при не проходженні. Дані штрафні санкції, звичайно ж, не повинні обмежувати доступ до медичної допомоги, гарантованої державою, однак певною мірою мають на практиці показати, що своєчасне проходження диспансеризації необхідне не тільки для профілактичних оглядів, а й задля економії фінансових коштів.

Розглянемо рівень роботодавця, його систему охорони праці, корпоративні програми зміцнення здоров'я та соціальну відповідальність.

Питання збереження здоров'я на виробництві включено до списку пріоритетних напрямів розвитку системи здоров'язбереження, оскільки цей рівень є найбільш наближеним до працюючого індивіда – здоров'я людини простіше контролювати за місцем роботи, яку він відвідує щодня, ніж у поліклініці, у якій він, можливо, взагалі не буває.

Це ще один яскравий приклад відтворення кращих практик – цехової медицини. Укрупнення виробничих потужностей та перехід роботи в дистанційний формат (під час пандемії) не повинні викорінювати турботу роботодавця про здоров'я своїх співробітників, а, навпаки, ця турбота має стати їх першорядним завданням, особливо в аспекті підтримки психологічного комфорту.

Докладніше проаналізуємо перелічені механізми досягнення цілей концепції здоров'язбереження для роботодавця [23]:

1) Реалізація корпоративних програм зміцнення здоров'я.

Роботодавці повинні бути мотивованими нести відповідальність за здоров'я своїх співробітників, що загалом має покращити показники громадського здоров'я. Одночасно це сприяє значній економії коштів роботодавця (наприклад, британська страхова компанія Вира визначила, що продуктивність праці здорових людей вища на 20 %, що визначає додатковий дохід, а дослідницька корпорація Rand підрахувала, що корпоративні програми зміцнення здоров'я дозволяють компаніям заощаджувати до 30 доларів на місяць на кожного співробітника та скоротити на 30% час перебування їх у стаціонарі). Роботодавцям потрібно усвідомити вигоду здорових працівників. Основними компонентами управління здоров'я для підприємства є створення безпечних, стресозберігаючих та комфортних умов на робочому місці, страхування співробітників, профілактика захворюваності, боротьба з шкідливими звичками.

В Україні її усвідомлення потреби у здоровому працівнику існує далеко не у всіх роботодавців, а інститут охорони праці відсутній у принципі.

В даний час ринок пропонує різноманітні способи організації корпоративних програм зміцнення здоров'я – створення власних медичних центрів, прикріплення до певної медичної організації, різні програми добровільного медичного страхування, приділення часу фізичній активності, повсюдне застосування інтернету речей, контролюючого здоров'я, і робота за моделлю селф-фандингу. Для реалізації програм здоров'язбереження необхідний достатній обсяг чистого прибутку.

Проте в силу масштабу компанії та бюджетних можливостей, навіть усвідомлюючи необхідність та ефективність підтримки здоров'я працівників, деякі з них не мають змоги впровадити механізми здоров'язбереження.

Популяційна профілактика, коли заходи щодо збереження здоров'я спрямовані головним чином зміну способу життя, через кілька років призводить до зниження смертності від основних причин на 50%, а вторинна профілактика (коли з пацієнтом працює лікар), дає результат лише 30%. При цьому витрати у першому випадку в 5-6 разів менші, ніж у другому [36].

2) Дотримання принципів охорони праці, зниження впливу шкідливого виробництва.

Слід зазначити, що система охорони праці крім формальних правил забезпечення безпеки, інструктажів, інфраструктурних складових, в обов'язковому порядку повинна включати механізми здоров'язбереження, контролю робочого часу, стресу співробітника, його психологічного стану, планової диспансеризації та ін. Забезпечення всіх необхідних заходів щодо охорони праці, створення сприятливого клімату у колективі, сприяння формуванню культури безпеки на поведінковому рівні – необхідний, але при цьому капіталомісткий, тривалий і вимагає особистої участі керівника, процес у будь-якій організації [35].

Стимулюють роботодавців тут лише норми закону, фінансова зацікавленість (можливість зниження обов'язкових страхових внесків, які роботодавець платить за своїх працівників та соціального страхування – що, безперечно, ще раз наголошує на ключовій ролі держави в аспекті мотивації

роботодавців), діяльність контрольно-наглядових органів, бажання відповідати критеріям соціально відповідального бізнесу, що згодом підвищує репутацію організації.

Роботодавцям, як суб'єктам системи здоров'язбереження, необхідно і далі покращувати кількісні та якісні показники охорони праці, імунізації співробітників, впроваджувати та удосконалити корпоративні програми зміцнення здоров'я працівників.

Мотивація їх до цього, а також сприяння якнайшвидшим результатам – виняткове завдання держави.

У зв'язку з цим можна дійти висновку, що як і індивід, так і роботодавець впливають на формування системи здоров'язбереження, але при цьому головний, на думку автора, суб'єкт системи – держава, яка здатна мотивувати ці суб'єкти до ефективної реалізації концепції.

3.2. Взаємозв'язок цілей та функцій споживачів здоров'я у реалізації концепції здоров'язбереження

Держава має виняткове право примусу, має давати інвестиційний поштовх до вкладення в людський капітал, здатна створювати умови для формування у населення відданості здоровому способу життя, сприяє довірі населення системі охорони здоров'я, а також ресурсного забезпечення системи здоров'язбереження.

Розглянемо роль держави у формуванні моделі здоров'язбереження, механізмами досягнення цілей здоров'язбереження на даному рівні є [39, с. 41]:

1) формування у населення довіри до системи охорони здоров'я для того, щоб люди приходили на профілактичні огляди, а також завжди зверталися до лікаря при нездужанні. Для цього держава володіє кадровими, технологічними, фінансовими, політико-правовими та інформаційними ресурсами. Усі зазначені

ресурси мають бути спрямовані на забезпечення системи здоров'язбереження, підвищення якості медичної допомоги, її доступності та своєчасності;

2) відновлення сільської медицини на основі інституту приватнопрактикуючого лікаря – індивідуального підприємця, який здійснює медичну діяльність, усунення дискримінації, віднесення приватних лікарів до реєстру соціальних підприємців;

3) розвиток технологічних факторів, що включають як інфраструктуру охорони здоров'я в цілому, так і новітні технології, сучасне обладнання, технологічний стан медичної допомоги та медичних послуг у закладі охорони здоров'я [41]. Кожен із даних елементів повинен сприяти ефективному здоров'язбереженню: поліклініки, санаторії;

4) удосконалення політико-правових аспектів, які включають у себе державне регулювання галузі, податкове законодавство, ліцензування, пільгове кредитування, нормативно-правові акти, що відбивають стратегічне бачення розвитку галузі, її окремих напрямів;

5) систематизація інформаційних ресурсів. Контролювати стан здоров'я громадян можливе за допомогою інтегрованої інформаційної системи.

Інформаційна система, яка б включала дані про прикріпленого до лікаря населення, змогла б допомогти йому [15]:

– заздалегідь підготуватися до візиту пацієнта, що дозволило б скоротити час прийому пацієнта;

– відстежувати динаміку здоров'я пацієнта;

– контролювати процес профілактичних заходів;

– своєчасно викликати прийом за необхідності (на огляд, повторну здачу аналізів тощо);

– інтегрувати та зберігати в електронному вигляді дані всіх обстежень (у тому числі пройдених у платних медичних установах, у регіональних центрах та організаціях з певного профілю захворювань);

- зіставляти результати диспансеризації, профілактичних та медичних оглядів, кількості викликів швидкої допомоги, а також причин та тривалості тимчасової непрацездатності;

- врахувати можливі фактори ризику: спадковість, екологічні фактори, географічну поширеність захворювань на певний період;

- приділити особливу увагу людям з обмеженими можливостями здоров'я, пацієнтам, які стоять на обліку щодо будь-якого захворювання.

Для реалізації цього підходу необхідно створити інформаційну систему, що дозволяє інтегрувати такі дані:

- загальні відомості про людину, а також прикріплену медичну установу та терапевта (педіатра);

- кожен його візит до лікаря, незалежно від способу його оплати – за допомогою полісу чи платно;

- результати всіх оглядів та клінічних результатів;

- результати проходження диспансеризації, профілактичних та медичних оглядів, що найголовніше співвідношення результатів кожного з них щодо зміни динаміки;

- тимчасову непрацездатність пацієнта;

- причини та кількість викликів швидкої медичної допомоги.

Інформаційний фактор у сучасному світі є одним з ефективних інструментів зміцнення громадського здоров'я та функціонування системи здоров'язбереження.

Існуюча нині єдина державна інформаційна система у сфері охорони здоров'я спрямована на збір та обробку інформації про медичних працівників, медичні організації, закупівлі лікарських засобів, на функціонування електронної реєстратури, державної інтегрованої електронної медичної картки, державного реєстру електронних медичних документів, спеціалізованих реєстрів пацієнтів за окремими нозологіями та категоріями громадян [15].

Пропонована автором у рамках концепції здоров'язбереження інформаційна система має забезпечити збір, обробку та моніторинг інформації

про конкретного мешканця регіону, в тому числі його суб'єктивної оцінки та моніторингу власного здоров'я. Лише володіючи повною історією захворюваності, навколишніх факторів людини, первинна ланка охорони здоров'я буде в змозі забезпечити ефективне управління здоров'ям конкретного мешканця, а в сукупності та громадським здоров'ям.

Звісно ж, що цей інформаційний майданчик має бути регіональним, проте для синтезу та обробки повноцінної інформації (тимчасове проживання або лікування в іншому регіоні та ін.) надалі необхідно її використання на державному рівні.

Ще раз зазначимо, що на кожного мешканця регіону сильний вплив мають екологічні фактори конкретного місця його проживання: якість повітря, ґрунту, рівня шуму, забрудненості, віддаленості від лісу, водойми тощо. За це причини в рамках даної інформаційної системи вважається раціональним запровадити оцінку впливу цих факторів на здоров'я людини.

б) Поліпшення якості та доступності медичної допомоги. Це насамперед дуже необхідно зміцнювати у первинній ланці, оскільки зниження її якості тут посилює погіршення здоров'я найбільшою мірою. У цілому нині розвиток первинної ланки охорони здоров'я має бути орієнтиром розвитку галузі, адже саме тут, як показує статистика, виявляється більшість захворювань, і саме тут має проводитися масштабна профілактична пропаганда, спрямована на запобігання хворобам.

На наш погляд, чотирма основними аспектами, на які має бути спрямоване управління якістю медичної допомоги – це:

- своєчасність надання допомоги хворому;
- підвищення доступності та якості медичної допомоги;
- вірність обраного методу діагностики та лікування;
- оцінка отриманих результатів у порівнянні з очікуваними.

На міжнародному рівні основним інструментом створення системи забезпечення, оцінки та контролю якості медичної допомоги виступає її

стандартизація, що забезпечує належний рівень медичних послуг та що складається з наступних етапів:

- розробка та впровадження стандартів надання медичних послуг;
- ліцензування медичної діяльності;
- сертифікація медичних послуг;
- ліцензування та акредитація медичних лікувальних організацій;
- атестація та сертифікація медичних працівників;
- створення умов у вигляді матеріально-технічної бази.

Таким чином, однією з ключових проблем отримання медичних послуг є невідповідність кваліфікації медичних працівників вимогам та слабка організаційно-управлінська діяльність медичних установ.

Відповідно, необхідне якісне покращення у підготовці медичних працівників, регулярне підвищення ними своєї кваліфікації, стажування з метою отримання нового досвіду – все це торкається кадрових ресурсів системи здоров'язбереження.

7) Удосконалення кадрових ресурсів та покращення системи освіти медичних працівників. Даний механізм включає в себе покращення показників укомплектованості медичними працівниками (особливу увагу тут необхідно приділити сільським медичним установам), удосконалення кваліфікації лікарів, а також їх мотивацію до покращення здоров'я прикріпленого до них населення.

Основними шляхами покращення громадського здоров'я та надання медичних послуг у цьому аспекті є: 1) поліпшення якості освіти медичних працівників; 2) відповідність займаних ними посад їх кваліфікації та компетенціям; 3) мотивація лікарів надавати своєчасну якісну медичну допомогу, а також профілактичні заходи; 4) відсутність корупції у системі охорони здоров'я.

Освіта у медичних ЗВО та коледжах має бути якісною, відповідати сучасним тенденціям: на викладачів у цій системі покладено величезну відповідальність, адже від якості їх викладання залежить якість медичної допомоги [31, с. 33].

8) Створення системи профілактики інвалідизації населення.

Як уже було зазначено раніше, інвалідизація населення є одним з основних показників як здоров'язбереження, так і системи охорони праці.

9) Важливим вектором розвитку системи здоров'язбереження зі сторони держави повинна бути боротьба із захворюваннями, смертність від яких найвища.

Як було проаналізовано раніше, велика кількість смертей від серцево-судинних захворювань. Увага органів влади до цієї проблеми, на думку автора, недостатня. Причинами ж є постійні стресові ситуації, напруженість організму, невпевненість населення у стабільному майбутньому, у державі загалом – саме на викорінення цієї тенденції мають бути спрямовані зусилля держави. Організаціям охорони здоров'я необхідно контролювати питання спадковості цих захворювань – адже люди, чиї близькі родичі перенесли якісь серцево-судинні захворювання, що потрапляють у «групи ризику». З ними необхідно проводити профілактичні бесіди, акцентуючи увагу на можливих наслідках неприйняття заходів щодо зміцнення здоров'я, а також направляти на обстеження.

Вищевикладене ще раз доводить, що лише за активної ролі держави як суб'єкта здоров'язбереження можна досягти глобальних завдань у покращенні здоров'я громадян.

Таким чином, трьома основними суб'єктами системи здоров'язбереження є держава, роботодавець та індивід.

Визначальна роль у питаннях здоров'язбереження належить державі, але при цьому вона не в змозі ефективно вирішити це завдання без зусиль індивіда та роботодавців. Тому, лише взаємодоповнюючи один одного, формуючи мотиваційні аспекти, вони зможуть побудувати ефективну модель здоров'язбереження, яка б дозволила послідовно та плідно досягти головної мети – покращувати суспільне здоров'я, покращувати якість надання профілактичних медичних послуг, збільшувати тривалість життя та її якість.

ВИСНОВКИ

1. Під здоров'язбереженням пропонується розуміти взаємодію суб'єктів управління публічним здоров'ям, спрямоване на збереження та покращення здоров'я. Іншими словами, здоров'язбереження – це узагальнююче поняття «образу життя», основ профілактики захворювань, охорони праці та створення умов для гідного життя людей. Метою здоров'язбереження є досягнення всіма людьми максимального рівня та якості здоров'я, гармонійного функціонування, а також адаптації як здорових людей, так і осіб із обмеженими можливостями здоров'я.

Ефективна взаємодія передбачає безпосередню кооперацію дій трьох основних суб'єктів: індивіда (здоровий спосіб життя, профілактичні заходи, усвідомленість цінності здоров'я), держави (через систему охорони здоров'я, використовуючи всі наявні ресурси), роботодавців (охорона праці, соціальна відповідальність роботодавця, корпоративні програми, які забезпечують зміцнення здоров'я). Лише системна робота всіх суб'єктів характеризує комплексну систему здоров'язбереження, що відповідає критеріям соціальної держави. Тим самим можна зробити висновок, що саме здоров'я населення є системоутворюючою ланкою, кінцевим результатом діяльності системи охорони здоров'я та надання медичних послуг.

2. Визначення соціальної сфери як пріоритетного напрямку розвитку має підкріплюватися достатнім (а не залишковим) принципом фінансування, а також рівень фінансування, що вимірюється у відсотках до ВВП повинні мати тенденцію до збільшення. Держава, зокрема розподіляючи бюджетні кошти, детермінує якість та кількість наданої медичної допомоги. Державне регулювання галузі має бути цілеспрямованим, воно має враховувати диференціацію регіонів та потреби всіх категорій громадян, проводити регулярний моніторинг рівня їх задоволеності якістю та доступністю медичних послуг, створювати умови для охорони здоров'я, його зміцнення та формувати елементи здоров'язбереження, завжди усвідомлюючи, що людина та її здоров'я

– найвища цінність у суспільстві.

3. Усвідомлення того, що кінцева мета всіх реформ у системі охорони здоров'я – це покращення якісних показників здоров'я (таких як мобільність, дитяча смертність, трудова та громадська активність, відсутність депресивних станів як наслідок стресу, бажання та можливість творчого зростання та інтелектуального розвитку), а також поєднання цього з централізованим управлінням та оптимальним витрачанням достатнього обсягу фінансових коштів може говорити про ефективність заходів, сприяють трансформації системи охорони здоров'я на систему здоров'язбереження.

4. Чинниками ефективності системи охорони здоров'я є: очікувана тривалість здорового життя, суб'єктивна оцінка населенням якості та доступності медичних послуг, оцінка населенням якості власного здоров'я, кількість підприємств, що реалізують корпоративні програми збереження та зміцнення здоров'я, що включають імунізацію співробітників.

Доведено ефективність та необхідність пріоритетності профілактичних заходів під час вирішення питання зміцнення громадського здоров'я. Все це визначає потребу у розробці концепції здоров'язбереження, точніше трансформації існуючої системи охорони здоров'я України в систему здоров'язбереження.

5. Визначено, що як і індивід, так і роботодавець впливають на формування системи здоров'язбереження, але при цьому головний суб'єкт системи – держава, яка здатна мотивувати ці суб'єкти до ефективної реалізації концепції.

Перед державою в аспекті здоров'язбереження ставляться безліч різнопланових завдань: формування ментальності ставлення до людини як до цінності, а до добробуту як до мети соціально-економічного розвитку; створення інституту кваліфікованих, профільних приватних лікарів; забезпечення системи охорони здоров'я кваліфікаційними кадрами; формування мотиваційних механізмів, що стимулюють здоров'язбереження для всіх суб'єктів; масштабне поширення практики, що ефективно функціонує, системи

охорони праці на підприємствах; відновлення інфраструктури, особливо у сільських районах.

До завдань роботодавців належить формування ефективно чинної системи охорони праці та здоров'я працівників, зниження до нульових значень частки травматизму та шкідливого виробництва, формування відповідальності за здоров'я своїх працівників, створення та реалізація корпоративних програм зміцнення здоров'я

Завдання індивіда – усвідомлення цінності власного здоров'я, відповідальності за нього, реалізація профілактичних заходів та прихильність ЗОЖ, проходження диспансеризації, контроль стресу: що згодом має призвести до зниження інвалідизації, захворюваності та смертності населення.

б. Визначальна роль у питаннях здоров'язбереження належить державі, але при цьому вона не в змозі ефективно вирішити це завдання без зусиль індивіда та роботодавців. Тому, лише взаємодоповнюючи один одного, формуючи мотиваційні аспекти, вони зможуть побудувати ефективну модель здоров'язбереження, яка б дозволила послідовно та плідно досягти головної мети – покращувати суспільне здоров'я, покращувати якість надання профілактичних медичних послуг, збільшувати тривалість життя та її якість.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авдєєв О. П. Приватна медицина – перспективи розвитку *Державне управління та місцеве самоврядування: Збірник наукових праць: У 2 ч.* За заг. ред. Г. І. Мостового, Г. С. Одінцової. Х.: ХарРІДУ УАДУ, 2003. Вип. 2. С. 10 - 16.
2. Богуш А.М., Дані соціологічного опитування, проведеного Центром ім. О. Разумкова березень 2023 р. URL: <https://interfax.com.ua/news/pharmacy/>. (дата звернення: 12.09.2023).
3. Бойчук Ю.Д., Науменко Н.В. Духовне здоров'я: науковий аналіз поняття. *Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження*. Харків: Рожко С.Г. 2017. С. 16-26.
4. Бойчук Ю.Д. *Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колективна монографія*. Харків: Рожко С. Г., 2017. 488 с.
5. Боровець С. Критична ситуація з фінансовим забезпеченням закладів охорони здоров'я: цілеспрямований обман або глибокий прорахунок? *Профспілкові вісті*. № 25 (1059), червень 2020 р. URL: <http://psv.org.ua/arts/region/view-4428.html>. (дата звернення: 11.09.2023).
6. Борщ В. 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. 140-152.
7. Вороненко Ю.В., Михальчук В.М., Радиш Я.Ф. Магістри публічного управління та адміністрування НМАПО імені П.Л. Шупика нова модель фахівців Національної сфери охорони здоров'я. *Здоров'я суспільства* Т. 8. № 5. 2019. С. 167-173.
8. Всесвітня організація охорони здоров'я (2023). URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/9789241516822>. (дата звернення: 22.09.2023).
9. Горлач М. І., В. Г. Кремень *Політологія : наука про політику : підручник [для студ. вищ.навч. закл.]*. К. : Центр учб. літератури, 2009. 840 с.

10. Гринчук Ю. С., Шемігон О. І., Вихор М. В. Контроль як функція державного управління: економіко-правова сутність та механізм застосування. *Ефективна економіка*. 2019. № 4. URL: <http://ojs.dsau.dp.ua/index.php/efektyvnaekonomika/article/view/1898> (дата звернення: 12.10.2023).
11. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. М.М. Білинська, проф. Я.Ф. Радиш. Київ: НАДУ, 2013 Ч.1. 396 с.
12. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. М.М. Білинська, проф. Я.Ф. Радиш. Київ: НАДУ, 2013 Ч.2. 484 с.
13. Державне управління в Україні: навч. посіб. / за заг. ред. Д-ра юрид. наук, проф. В.Б. Авер'янова. Київ: СОМІ, 1999. С. 35-39.
14. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. М.М. Білинська, Я.Ф. Радиш. Київ: НАДУ, 2013. 424 с.
15. Державний механізм забезпечення інформатизації системи охорони здоров'я: Монографія / Під заг. ред. В.В.Дорофієнко. Донецьк: ТОВ“Цифрова типографія”, 2008. 252 с.
16. Звірич В. В. Механізм публічного управління персоналом у системі охорони здоров'я: понятійно-категоріальний апарат. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 1. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1940>. (дата звернення: 12.11.2023).
17. Дацій Н.В., Драган І.В., Драган І.О. Вплив фінансового механізму державного регулювання на розвиток галузі охорони здоров'я в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 22. С. 179-184.
18. Карлаш В. Проблеми державного регулювання у сфері охорони здоров'я України. *Публічне урядування*. № 2 (17). 2019. С. 79-86.
19. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід* № 1/2020. С. 161-170.
20. Карпишин Н., Комуницька М. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ фінансів*. 2018. № 1. URL:

<http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/26425/> (дата звернення: 20.10.2023).

21. Колісниченко Н. Тенденції розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я: глобальний контекст. *Науковий вісник: Державне управління*. (2 (12). 2022. С. 38-52.

22. Конституція України від 28 червня 1996 року. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/constitution> (дата звернення: 22.09.2023).

23. Криничко Ф., Мотайло О. Удосконалення механізмів державної політики у сфері громадського здоров'я. *Право та державне управління*. Вип.2, 2021. С. 119-125.

24. Кузьменко, Г. О. Проблеми реалізації механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. *Публічне урядування*. (2 (30). 2022. С. 47-54.

25. Кулініченко В.Л. Оцінка медичної сфери: рейтинг – 2022 https://ratinggroup.ua/research/ukraine/ocenska_medicinskoy_sfery.html (дата звернення: 16.10.2023).

26. Кучеров С. І., Радиш Я. Ф. Теоретичні засади дослідження системи публічного управління у сфері громадського здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 13-14. С. 110-116.

27. Міністерством охорони здоров'я України: Офіційний сайт. URL: <https://moz.gov.ua>. (дата звернення: 03.09.2023).

28. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я : кол. монографія /за ред. д.е.н. М. М. Шкільняка. д.е.н. Т. Л. Желюк. Тернопіль : Крок, 2020. 560 с.

29. Мосюрчак К.О., Дацій Н.В., Драган І.В.,. Публічне управління здоров'ям населення як системотворчою ланкою та кінцевим результатом діяльності системи охорони здоров'я та надання медичних послуг. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2023. № 10. URL: <https://www.nauka.com.ua/index.php/dy/article/view/2240/2269> (дата звернення: 13.11.2023).

30. Науменко Н.В. Дефінітивна характеристика поняття "духовне

здоров'я людини". *Теорія та методика навчання та виховання*. Харків: ХНПУ ім. Г.С. Сковороди, 2012. Вип. 32. С. 115-124.

31. Науменко Н.В. Формування духовного здоров'я особистості як сучасна педагогічна проблема. *Наукові записки. Серія "Психолого-педагогічні науки"*. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2012. № 2. С. 32-36.

32. Неугодніков А. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я. *Юридичний вісник*. 2019. 3. С. 63-69.

33. Організація Об'єднаних Націй (2023). URL: <https://ukraine.un.org/uk>. (дата звернення: 19.09.2023).

34. Підаєв А.В., Возіанов О.Ф., Москаленко М.Ф., Пономаренко В.М. Панорама охорони здоров'я населення України. Київ: Здоров'я, 2003. 396 с.

35. Погоріляк Р.Ю., Рогач І.М., Слабкий Г.О., Качала Л.О. Соціальна медицина, як основа менеджменту в охороні здоров'я. Ужгород: УЖНУ "Говерла". 2015. 278 с.

36. Проект USAID Ukraine – USAID Україна «Підтримка реформи охорони здоров'я». Українська правда (Життя). URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2023/01/14/252320/> (дата звернення: 13. 10.2023).

37. Пухкал О.Г. Модернізація державного управління в контексті розвитку громадянського суспільства в Україні: монографія. Київ: "Київський університет", 2010. 287 с.

38. Рудніцька Р. М., Сидорчук О. Г., Стельмах О. М. Механізми державного управління: сутність і зміст / За наук. ред. д.е.н., проф. М. Д. Лесечка, к.е.н., доц. А. О. Чемериса. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2005. 28 с.

39. Савостенко Т., Шевченко Л, Соломаха О. Інноваційний розвиток системи охорони здоров'я як об'єкта державного регулювання : стан і проблеми. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2022. № 2. С. 38-45.

40. Сидоренко Т.М. (2023) Правові засади реформування галузі охорони здоров'я: стан, проблеми, перспективи розвитку. URL: https://minjust.gov.ua/m/str_6764. (дата звернення: 17.11.2023).

41. Телешун С.О., Ситник С.В., Рейтерович І.В. Міжсекторальні взаємодії як основа публічного управління: навч. посібник. Київ: НАДУ, 2018. 224 с.
42. Телешун С.О., Ситник С.В., Рейтерович І.В., Пухкал О.Г. та ін. Публічна політика та соціальні зміни в Україні в контексті євроінтеграції: монографія. Київ: НАДУ, 2017. 248 с.
43. Трощинський В.П., Скуратівський В.А., Кравченко М.В. та ін. Розвиток освітнього і наукового потенціалу українського суспільства. *Соціальна і гуманітарна політика: підручник*. Київ: НАДУ, 2016. С. 507-542.
44. Blendern R. J., Desroches C. Future Health Care Challenges. *Issues in Science and Technology* 19. 2003. № 4. URL : <https://issues.org/blendon-future-health-care-challenges>. (дата звернення: 15.10.2023).
45. Collins T., Tello J., Van Hilten M., Mahy L. Addressing the double burden of the COVID-19 and noncommunicable disease pandemics: a new global governance challenge. *International Journal of Health Governance*, vol.4. 2021. URL : <https://www.emerald.co.in/insight/content/doi/10.1108/LJHG-09-2020-0100/full/pdf>. (дата звернення: 10.09.2023).
46. Documentos Tecnicos. I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Organizado por la Confederacion Iberoamericana de Medicina Familiar, la Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria y la OPS. Espana. 2002. URL : <https://www.imfwonca.org/wp-content/uploads/Dossier-Cumbre-IBA-de-MF.pdf>(дата звернення: 12.09.2023).
47. Field M. G. The Health System and Policy: A Contemporary American Dialectic. *Social Science and Medicine*, 1980. Vol. 14. P. 401.
48. Health in the Americas 2007. Vol. I. Washington : Pan American Health Organization. 2007. 454 p. URL : [https://www.paho.org/liq/dmdocuments/20J0/leallh in the Americas Vol 1 Regional 2007.pdf](https://www.paho.org/liq/dmdocuments/20J0/leallh%20in%20the%20Americas%20Vol%201%20Regional%202007.pdf). (дата звернення: 12.09.2023).