

# ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРОЦЕСІВ ЕКОНОМІЧНОГО І СОЦІАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

УДК 351+614.2+614.39

## ФОРМУВАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СИСТЕМНИХ ЗМІН МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

**Вовк С. М.,**

*к.е.н., доцент кафедри організації вищої освіти,  
Донецький національний медичний університет;*

**Голубченко О. П.,**

*магістр кафедри менеджменту виробничої та невиробничої сфери,  
Донецький державний університет управління,  
м. Маріуполь*

Розглянуто медико-соціальні проблеми і стратегічні напрями національної політики у сфері охорони здоров'я. Наведено статистичні дані щодо стану здоров'я громадян в останні десятиріччя. Проаналізовано чинні механізми державного управління в царині громадського здоров'я.

**Ключові слова:** громадське здоров'я, стан здоров'я, медична система, внутрішня політика, європейський регіон, демографічне навантаження, охорона здоров'я.

**Vovk S. M.,**

*PhD in Economics Sciences,  
Associate Professor of Higher Education Organization Department,  
DonNMU;*

**Golubchenko O. P.,**

*Master Student  
of Management of the Production and Non-Manufacturing Sphere Department,  
DonNUU,  
Mariupol*

## FORMATION OF PUBLIC HEALTH IN CONDITIONS OF SYSTEMIC CHANGES IN THE MEDICAL INDUSTRY

The article deals with medical-social problems and strategic directions of national health policy. The statistical data on the state of health of citizens for the last decades are presented. The existing mechanisms of public administration in the formation of public health are analyzed.

**Key words:** public health, health, medical system, domestic policy, European region, demographic burden, health care.

Стан здоров'я населення є інтегральним показником соціальної орієнтації держави, що віддзеркалює ступінь її відповідальності перед своїми громадянами. Збереження й розвиток національного людського капіталу визнано одними з пріоритетних завдань внутрішньої політики України на найближчі роки. Кінцевою метою підтримки громадського здоров'я є покращання його балансу, що проявляється станом фізичного, психічного і соціального благополуччя кожної людини. Для суспільства кращий стан здоров'я населення характеризується низьким рівнем негативних наслідків, пов'язаних із хворобами, життєвим благополуччям, збільшенням очікуваної тривалості життя [б, с. 53].

© Вовк С. М., Голубченко О. П., 2018

Тому медична система є особливою сферою діяльності, яка бере участь у забезпеченні права громадян на життя і здоров'я. У зв'язку з цим вона в усі часи повинна бути пріоритетним напрямом політичного, економічного і соціального життя держави і суспільства.

За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ 2016 р., в останні десятиріччя фактично вперше з часів Другої світової війни знизилась середня очікувана тривалість життя 870-мільйонного населення Європейського регіону, до якого віднесено й Україну [7]. Це пояснюється, насамперед, погіршенням стану здоров'я в нових незалежних державах та деяких країнах Центральної та Східної Європи. Майже в усіх країнах збільшився розрив у стані здоров'я між соціально-економічними групами населення – тими, що знаходяться в більш вигідному фінансово-економічному становищі, і тими, що є менш благополучними [7]. За таких умов на держави Європейського регіону, у т. ч. й Україну, покладається серйозний обов'язок вжиття заходів із метою припинення й подолання тенденцій погіршення стану здоров'я населення, використовуючи новітні можливості.

Мета статті – розглянути основні показники діяльності охорони здоров'я України в умовах щорічного збільшення бюджетних асигнувань, спрямованих на формування громадського здоров'я.

Незадовільний стан здоров'я та популяції населення України ще в кінці минулого століття зумовили статус цих питань як питань національної безпеки. Багато десятиліть викликають тривогу такі проблеми, як “надсмертність” чоловіків працездатного віку, високі показники загальної смертності, що веде до постаріння населення і зменшення населення, яке працює, а саме погіршення демографічного навантаження, зростання соціальних захворювань, таких як наркоманія, СНІД, туберкульоз, що набувають епідемічного характеру. У нашій країні особливо високим є розрив у тривалості життя чоловіків і жінок, низька середня тривалість життя порівняно з країнами ЄС [7].

За даними Державної служби статистики України (Держстату), населення країни на 1 січня 2016 р. становило 42 584,5 тис. осіб [173]. Протягом років незалежності України її населення продовжувало зменшуватись: у 1991–2016 рр. воно скоротилося за на 9 183 884 млн осіб (17,68 %), а протягом 2014–2016 рр. – на 2 665 733 млн осіб, або на 5,87 % (таблиця).

Таким чином, населення сучасної України за своєю чисельністю приблизно відповідає населенню України на середину 1960-х рр. Скорочення населення України відбувалося переважно через стійке природне зменшення, тобто перевищення кількості смертей над кількістю народжень, але у 2014–2016 рр. до цього процесу приєдналися негативні геополітичні зміни.

Зменшення чисельності населення в Україні спостерігалось і раніше (демографічні ями) – у роки Першої світової і громадянської воєн, голоду і репресій 1930-х рр., Другої світової війни, але зменшення населення, що розпочалося в 1990-х рр., має тривалий і сталий характер. На відміну від попередніх періодів, скорочення населення в 1990-х рр. зумовлене не демографічними чинниками, а самим перебігом демографічного розвитку за рахунок погіршення здоров'я людей.

Природне скорочення населення України зумовлене тим же режимом, що і відтворення населення, – низькими рівнями смертності й народжуваності, що склалися в Україні вже до 1960-х рр., – із відносно низькою смертністю і народжуваністю, що не забезпечували простого заміщення поколінь (рисунок).

Основні показники чисельності населення України та його зміни протягом 1991–2016 рр.

Рік	Чисельність наявного населення, млн осіб			Зміни чисельності населення, 1991 р. = 100 %		
	Усе населення	Міські поселення	Сільські поселення	Усе населення у % до попереднього року	Питома вага міського населення в загальній чисельності, %	Питома вага сільського населення в загальній чисельності, %
1991	51944400	35085200	16859200	100	67,5	32,4
2001	48923200	32951700	15971500	99	67,3	32,6
2002 <sup>1</sup>	48457102	32574371	15882731	99	67,2	32,7
2011	45778534	31441649	14336885	98,1	98,9	31,3
2014 <sup>2</sup>	45426249	31336623	14089626	99,7	68,9	31
2015 <sup>2</sup>	42929298	29673113	13256185	99,7	69,12	30,8
2016 <sup>2</sup>	42760516	29584952	13175564	99,6	69,19	30,8

Примітка: інформація Держстату за даними Всеукраїнського перепису населення на 5 грудня 2001 р., без урахування тимчасово окупованих територій.

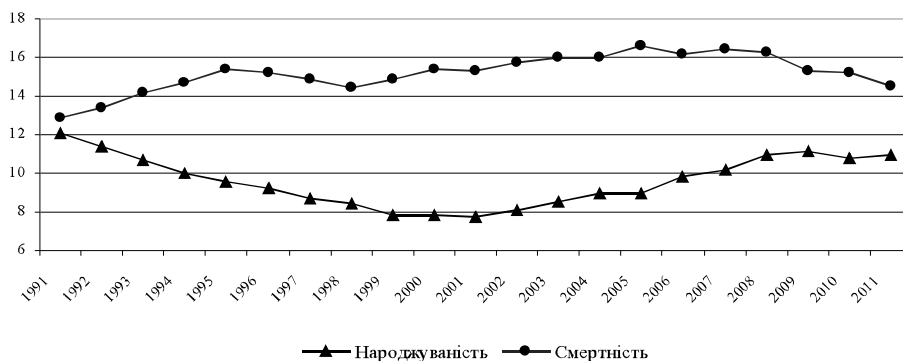


Рисунок. Динаміка загальних коефіцієнтів народжуваності та смертності населення України в 1991–2011 рр. (%) (розрахунки за даними Держстату)

Деякий час природний приріст ще залишався відносно високим, переважно через особливості вікової структури населення, у якій було нагромаджено певний потенціал демографічного зростання. Але в міру вичерпання цього потенціалу природний приріст почав знижуватися.

Тим не менше аж до початку 1990-х рр. саме цей потенціал здебільшого й забезпечував зростання населення України. Починаючи з 1991 р. це зростання припинилося і змінилося убутком населення. Скорочення природного убутку населення України в декілька останніх років – явище, швидше за все, тимчасове, зумовлене перехідними факторами. Серед них – значне зростання чисельності жінок дітородного віку (результат підвищення народжуваності в 1980-х рр.), що сприяє збільшенню кількості народжень, а також призупиненню зростання і навіть скороченню чисельності літніх людей, що сповільнювало зростання кількості смертей. Починаючи з 2001 р. 60-річну межу переходили

нечисленні покоління 1941 і наступних років народження, унаслідок чого чисельність людей у віці 60 років і старше скоротилася майже на 10 %; із 2007 р. чисельність цього вікового контингенту знову почала повільно збільшуватися. Але з 2014 р. та по теперішній час негативні геополітичні фактори сприяють зменшенню населення. Вплив вказаних факторів деякий час ще збережеться, що сприятиме подальшому скороченню природного убутку населення.

Зараз сприятливі зміни вікової структури посилюють позитивний ефект поліпшення показників народжуваності [7, с. 60], але через декілька років зміни вікового складу будуть діяти у протилежному напрямі, послаблюючи ефект досягнень демографічної політики. За всіма наявними оцінками, підвищення рівня народжуваності та зниження смертності, навіть такі, що очікуються за найоптимістичнішими прогнозами, не будуть спроможними нейтралізувати вплив несприятливих структурних змін, унаслідок чого зростання природного убутку населення відновиться. Це зростання може бути більшим або меншим, залежно від того, наскільки в найближчі роки вдасться знизити смертність і підвищити народжуваність, але таких змін смертності й народжуваності, які б повністю виключили збільшення природного убутку населення України, за жодним демографічним прогнозом не очікується.

Сучасна вікова піраміда населення України сильно деформована історичними потрясіннями минулого. Коли б не було цих соціальних катаклізмів, контур піраміди змінювався б поступово: основа піраміди ставала б більш вузькою, її верхня частина – все ширшою; співвідношення чоловічої та жіночої частин піраміди не зазнавало б істотних змін, а її краї залишалися б плавними [1, с. 35].

Головна та найбільш яскрава прикмета змін вікової структури населення України – постаріння населення, що проявляється у зростанні частки літніх людей і зниженні частки молодих людей. У цілому процес старіння населення в Україні відбувається приблизно так само, як і в інших розвинених країнах, з тією лише різницею, що через деформованість української вікової піраміди динаміка вікових груп, особливо середніх – від 20 до 60 років, має хвилеподібний характер, чого майже не спостерігається в країнах Західної Європи. При цьому особливістю еволюції вікового складу населення в Україні є те, що в умовах високої смертності дорослих її піраміда старішає тільки “знизу” – унаслідок зниження народжуваності, на відміну від розвинених країн, де відбувається також старіння “згори”, унаслідок зниження смертності.

Зниження смертності сприяє старінню, коли:

а) більше людей доживає до старшого віку;

б) збільшується тривалість життя літніх людей (це і є старіння згори).

Однак в останні півстоліття в Україні ці дві умови не виконувалися. Зараз дожиття жінок до віку 60 років залишилося на рівні 1960-х рр., а в чоловіків – помітно знизилося. З 1960-х рр. тенденцію до зниження показує і рівень тривалості життя у віці 60 років і старше. Зниження ж смертності в дитячому віці, яке має місце в Україні, навпаки, протидіяло старінню. Відповідно, динаміка смертності не сприяла старінню населення.

Такий стан зі смертністю можна розглядати як еволюційно-кризовий фактор зміни статевовікової структури населення. На відміну від інших кризових впливів (соціальних потрясінь і демографічних катастроф), він не вносить деформацій у вікову структуру і не посилює їх, але при цьому впливає на сам процес еволюції вікового складу, не даючи населенню старіти природним шляхом – унаслідок збільшення дожиття до старшого і літнього віку.

Сучасна демографічна ситуація в Україні вкрай складна. Вона супроводжується стрімким скороченням чисельності населення через суттєве переважання смертності, особливо осіб працездатного віку, над народжуваністю. Втрати людського капіталу через смертність істотно впливають на економічний, військовий та інтелектуальний потенціал країни. Передчасна смертність впливає на скорочення тривалості життя та загрожує прогресивному суспільному розвитку і процесу відтворення населення. Найбільш високі рівні передчасної смертності в Україні спостерігаються серед працездатного населення. Порівняно з країнами Європейського Союзу перевищення смертності чоловіків України у вікових групах 30–44 роки становить 4,9 разу, а жінок – 3,2 разу.

Актуальною медико-соціальною проблемою і стратегічним напрямом національної політики у сфері охорони здоров'я в більшості країн світу є скорочення поширеності хронічних неінфекційних захворювань, серед яких найбільшу проблему становлять хвороби системи кровообігу. Унаслідок хвороб системи кровообігу Україна щорічно втрачає 500 тис. населення. Протягом 1991–2011 рр. показник смертності від цих хвороб в Україні зріс з 488,0 випадків до 965,9 на 100 тис. населення, тобто вдвічі. Хвороби системи кровообігу зумовляють майже 7 % випадків тимчасової непрацездатності населення, що складає 4,3 випадку та 72,1 календарних дня непрацездатності на 100 працюючих. Серцево-судинна патологія посідає перше місце у структурі первинної інвалідності дорослого населення, частка якої перевищує 26 %. Щорічно в Україні стають інвалідами внаслідок хвороб системи кровообігу близько 14–15 осіб з кожних 10 тис. дорослих.

Смертність від хвороб системи кровообігу в Україні перевищує середньоєвропейський показник у 2 рази, а окремих країн – у 3,5 разу. У структурі смертності від хвороб системи кровообігу провідними є ішемічна хвороба серця (66,6 %) та цереброваскулярна патологія (21,5 %).

Загальний підхід щодо вирішення проблеми передчасної смертності, з урахуванням сучасних соціально-економічних, політичних та медичних особливостей, має складатися з таких компонентів:

1. Приділення особливої уваги цільовим профілактичним програмам за підтримки уряду, спільнот, бізнесу і особливо української громадськості.

2. Переорієнтація системи охорони здоров'я на визначення груп ризику, своєчасне виявлення хронічних захворювань та станів і контроль розвитку їх.

Для реалізації цих компонентів необхідне розроблення загальної стратегії профілактики та контролю хронічних захворювань. У ній слід визначити пріоритетні напрями і роль різних секторів та урядових рівнів для всеохопного підходу до розв'язання проблеми. Ця робота має бути багатосекторальною, оскільки зусиллями тільки одного сектора – охорони здоров'я, без залучення уряду, приватного сектора та неурядових організацій реалізація першого компонента програми є неможливим.

За станом здоров'я сьогодні всі вікові категорії населення можна віднести до груп ризику, оскільки зростає статистика захворювань гострими і хронічними хворобами. Знизилася й самооцінка українцями свого здоров'я. З позицій системного підходу державне управління відрізняється подвійністю. З одного боку, воно може розглядатися як складна динамічна ієрархізована система, де кожен компонент продукує, передає, сприймає, перетворює регуляторні впливи з метою організації й підтримання порядку в

життєдіяльності суспільства. Саме системні властивості державного управління визначають ступінь ефективності та якість виконання всіх основних регулятивних функцій, об'єднуючи прямі й зворотні взаємозв'язки суб'єктів і об'єктів управління.

Проте державне управління можна уявити як процес свідомого, цілеспрямованого системного впливу на суспільство в ході реалізації цілей, завдань і функцій державної влади. Цей вплив здійснюється державними службами – державними органами, що вповноважені займатися цією виконавчою та професійною діяльністю. Конституція України не згадує серед органів виконавчої влади місце самоврядування. Проте і в теорії, і на практиці їм відведено важливе місце в системі органів державної влади.

Дослідники серед необхідних властивостей державного управління, таких як опора на силу державної влади, загальність, що передбачає поширення на весь соціум без виключень, особливо виділяють властивість системності. Системно-процесуальний ракурс передбачає виділення в державному управлінні цілей, завдань, функцій, форм і методів їхньої реалізації.

Якщо конкретизувати всю сукупність взаємопов'язаних цілей, що притаманні такій складній багаторівневій системі, як охорона здоров'я, то її головною метою виступає розроблення й реалізація заходів зі зниження захворюваності, інвалідності, смертності населення за наявних у розпорядженні охорони здоров'я ресурсів.

Ця мета конкретизується стосовно кожного системного рівня, компонента, суб'єкта управління і кожної сфери діяльності з охорони здоров'я. У правових актах та інших документах з регламентації функціонування медичних установ, у літературі за ступенем важливості виділяють стратегічні, тактичні та оперативні цілі. Щодо напрямів і змісту діяльності виділяють правові, демографічні, репродуктивні, профілактичні, лікувально-оздоровчі, діагностичні, реабілітаційні цілі. Для досягнення їх важливе вирішення низки завдань.

Необхідно за мінімальних витрат підвищувати ефективність діяльності установ охорони здоров'я, посилити адресність надання населенню медичних послуг як у рамках державних гарантій безплатної медичної допомоги, так і за межами їх. Важливим завданням виступає реалізація федеральних законів і соціальних програм, що передбачає створення матеріально-технічної й економічної бази, розвиток мережі первинних і спеціалізованих медичних установ. Крім того, необхідно вдосконалювати системи державної та громадської діагностики якості, контролю діяльності всіх органів охорони здоров'я на всіх рівнях і всіх видів власності.

Механізм реалізації цього завдання включає в себе атестацію, ліцензування, державну і громадську акредитацію закладів охорони здоров'я. Це виступає важливим доповненням до реалізації такого важливого завдання, як підвищення ініціативності й самостійності медичних установ та організацій. Дещо осібно стоять перед системою охорони здоров'я завдання, спрямовані на взаємодію із зовнішнім середовищем, іншими підсистемами суспільства.

До них можна віднести необхідність забезпечення єдиного правового поля у сфері охорони здоров'я як на регіональному рівні, так і на рівні територіальних громад і органів місцевого самоврядування з чітким розмежуванням їхніх повноважень, а також удосконалення програмно-цільового механізму управління та фінансування системи охорони здоров'я.

За Конституцією України (ст. 6) державне управління є багаторівневим і включає в себе законодавчу, виконавчу і судову гілки [2]. У широкому значенні, його суб'єкти організують усю сукупність суспільних відносин. Іншими словами, це є владно-упорядкувальний вплив суб'єктів управління (в особі держави, її спеціальних органів, посадових осіб) на об'єкти управління (суспільство, громадян тощо). У вузькому значенні, це є вся сукупність адміністративної діяльності виконавчих і розпорядчих державних органів як на федеральному рівні, так і на рівні суб'єктів держави, що базується на законах та законодавчих актах у всіх сферах життєдіяльності суспільства. Повною мірою це відноситься й до сфери охорони здоров'я.

Системна методологія аналізу передбачає виділення функцій державного управління. Термін "функція" (латин. *functio* – здійснення) означає напрям і зміст діяльності окремо взятої системи, соціального інституту, групи, особистості. Отже, функції змістовно детермінують управлінську діяльність відповідно до її завдань. За всього розмаїття цієї діяльності, її формально можна звести до трьох функцій: прийняття управлінських рішень, їхня реалізація та контроль. Разом із тим окремі відносно самостійні види державного управління передбачають формування специфічних суб'єктів, що покликані виконувати особливе призначення, особливі функції та способи їхньої реалізації.

Якщо деталізувати змістовні функції стосовно до охорони здоров'я, то серед них можна виділити загальні і спеціальні. До перших (загальних) функцій можна віднести розроблення стратегії та фінансування розвитку охорони здоров'я, формування галузевих державних програм, вирішення кадрових питань, контроль реалізації прийнятих рішень, діагностику ефективності діяльності всіх суб'єктів і об'єктів різних рівнів управління. При цьому повний перелік функцій власне державного регулювання у сфері охорони здоров'я досить великий. До них можна віднести: визначення правил поведінки і дій як посадових осіб, так і персоналу за допомогою нормативного правового акта; встановлення конкретних процедур управління (сертифікація, ліцензування, оподаткування, реєстрація тощо) надання медичних послуг; здійснення контрольної та координаційної діяльності різних внутрішніх і зовнішніх структур, реалізація відомчих повноважень; формулювання завдань, стратегій та етапів управлінської діяльності тощо [3; 4].

Спеціальні функції охорони здоров'я – це організація лікувально-профілактичної допомоги населенню, санітарно-епідеміологічного нагляду, розвиток мережі медичних установ, забезпечення їх і населення лікарськими препаратами, засобами, обладнанням, проведення медичних експертиз, розвиток медичної науки.

Ці функції орієнтовано переважно на лікування хворих, у найкращому разі – на профілактику захворювань. Залежно від особливостей, рівня об'єкта управління, поряд з функціями охорони здоров'я в цілому виділяються функції управління окремими ланками. Наприклад, можна виділити управління виробничою діяльністю, тобто організацією лікувально-профілактичного процесу медичних установ, їхнім технічним забезпеченням, комерційною, фінансовою, страховою, обліковою діяльністю. Однак ніде навіть не згадується функції формування в населення потреби в діяльності, що зберігає здоров'я, у здоровому способі життя [5].

Управління охороною здоров'я має державний характер, і це проявляється в тому, що в ході реалізації функцій з охорони здоров'я забезпечуються

в першу чергу публічні інтереси держави (за дотримання прав громадян). Крім того, усі управлінські функції реалізуються спеціально створеними державою органами, яким, як суб'єктам управління, держава делегує частину своїх повноважень. Це дозволяє даним суб'єктам керувати охороною здоров'я від імені та за дорученням держави. Разом із тим встановлені державою закони та інші правові акти послуговують рамками компетенції для всіх суб'єктів державного управління охороною здоров'я.

Таким чином, система охорони здоров'я в нашій країні виступає як одна з підсистем державного управління соціумом, його соціальною сферою. Її властиві основні системні характеристики, такі як наявність внутрішніх певним чином організованих і взаємопов'язаних структур, зв'язку з іншими підсистемами суспільства, відносна самостійність, ієрархічність і здатність до зміни, розвитку.

#### Список використаних джерел

1. Борисевич С. О., Бондаренко К. І. Стан і тенденції розвитку управління гуманітарною сферою в Україні. URL: [http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc\\_Gum/Trpdu/2014\\_3/doc/3/03.pdf](http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Trpdu/2014_3/doc/3/03.pdf).
2. Москаленко В. Ф. Принципи організації оптимальної моделі системи охорони здоров'я: український контекст: монографія. Київ: Книга плюс, 2012. 320 с.
3. Канищенко Н. Г. Кластеризація як чинник конкурентоспроможності національної економіки: дис. ... канд. екон. наук. Київ, 2016. С. 278.
4. Концепція розвитку громадського здоров'я: проект. URL: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro\\_20160309\\_0.html#2](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20160309_0.html#2).
5. Ключові параметри з питань зміцнення здоров'я / Всесвітня організація здоров'я. Женева, 1998. 48 с.
6. Bergman E. M., Feser E. J. National industry cluster emplates: a framework for applied regional cluster analysis // *Regional Studies*. 2012. 34 (1). P. 1–19.
7. Ketels C. Clusters of Innovation in Europe: Structural Change in Europe. – *Innovative City and Business Regions*. Bollscheivel: Hagbarth Publications, 2013. URL: [portal.acm.org/citation.cfm?id=1359976](http://portal.acm.org/citation.cfm?id=1359976).

Надійшла до редколегії 16.01.2018 р.

УДК 352.07

## РЕЗЕРВИ ЗМІЦНЕННЯ ПОДАТКОВОЇ БАЗИ МІСЦЕВИХ БЮДЖЕТІВ В УМОВАХ ФІСКАЛЬНОЇ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

*Гончаренко М. В.,*

*к.держ.упр., доц., доцент кафедри економічної теорії та фінансів,  
Харківський регіональний інститут державного управління  
Національної академії державного управління при Президентові України,  
м. Харків*

Розглянуто питання посилення податкової спроможності місцевого самоврядування, зокрема щодо надходжень податку з доходів фізичних осіб, акцизного збору, екологічного податку та рентної плати, місцевих податків та зборів, а також визначення шляхів підвищення ефективності координації діяльності органів Державної фіскальної служби України та місцевих фінансових органів у сфері обліку платників податків та податкових надходжень.

**Ключові слова:** фіскальна децентралізація, місцеві бюджети, податки і збори, власні доходи, податок із доходів фізичних осіб, акцизний податок, екологічний податок, рентна плата, місцеві податки та збори.