



DOI 10.37491/UNZ.74.14  
УДК 614.2:323.21 (477)



Олексій ДЕМІХОВ<sup>1</sup>

## ІНСТИТУЦІОНАЛЬНИЙ МЕХАНІЗМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПОДОЛАННЯ БІДНОСТІ

*Громадське здоров'я — це нова сфера знань та діяльності людини, що розвивається сьогодні в Україні. В усьому світі система охорони здоров'я і напрям громадського здоров'я як один з ключових елементів є однією з найбільш пріоритетних галузей людського розвитку. Однак поширення бідності (депривації) серед населення створює нерівний доступ до всього спектру послуг цієї системи. Є й зворотній зв'язок — нерівність доступу до соціальних і економічних благ, освіти, медицини теж посилює рівень бідності у частини населення. Тому напрям громадського здоров'я є соціально важливим. Основними об'єктами вивчення для дослідників у цьому контексті є такі міждисциплінарні поняття, як: майновий стан населення, рівень його здоров'я, екологія, освіта, урбанізація та якість житла. На цих базових рівнях вже активно проводиться наукова дискусія щодо існування та зростання бідності, яка впливає на погіршення стану надання медичних послуг і послаблення заходів громадського здоров'я. Перш за все, бідність породжує нерівність у доступі до якісної медицини і профілактики захворюваності; продуктів харчування; можли-*

<sup>1</sup> кандидат наук з державного управління,  
старший викладач кафедри управління  
Навчально-наукового інституту фінансів, економіки та менеджменту  
імені Олега Балацького,  
Сумський державний університет,  
[o.demyhov@management.sumdu.edu.ua](mailto:o.demyhov@management.sumdu.edu.ua),  
<https://orcid.org/0000-0002-9715-9557>.



вості вести здоровий спосіб життя, особливо в міських районах, які є найбільш вразливими. Визнаючи наслідки такої нерівності у доступі до системи охорони здоров'я, національні та регіональні органи державної влади ЄС та України почали розробляти та впроваджувати концепції та програми охорони здоров'я на різних рівнях.

Мета дослідження — вивчити напрям громадського здоров'я в ЄС та порівняти його з Україною для формулювання пропозицій щодо зменшення впливу бідності на якість послуг в охороні здоров'я, на рівень доступу до медичних послуг, а також розробити нові підходи до розробки ефективної публічної політики громадського здоров'я. Актуальним аспектом є обробка та узагальнення інформації інструментів публічної політики в контексті збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та якості життя, попередження захворювань, промоція здорового способу життя.

Використовувався мультидисциплінарний та системний підхід у дослідженні як базовий рівень, методи аналізу, синтезу, узагальнення, порівняння та економіко-статистичний метод. Використані матеріали досліджень українських та зарубіжних вчених, національних статистичних агентств ЄС та України, асоціацій міст провідних країн світу.

**Ключові слова:** подолання бідності, громадське здоров'я, охорона здоров'я, публічна політика.

## Вступ

Бідність і пов'язана з нею соціально-економічна нерівність у всьому світі постійно зростає. Особливо ця тенденція спостерігається як наслідок пандемії 2019–2020 років. Це стосується економічної і соціальної сфери, а також напряму громадського здоров'я. Бідність призводить до поширення захворювань серед міського населення, а також до екологічних, демографічних та соціальних проблем. Неконтрольовані процеси соціально-економічної нерівності вже призводять до гуманітарної та комерційної депресії. Тому урядами провідних країн запроваджується новий формат розвитку галузі охорони здоров'я. Цей формат експерти називають «включенням питань охорони здоров'я до всіх публічних політик держави». Вивчення впливу соціально-економічної нерівності на профілактику, моніторинг та оцінку захворювань серед населення, якість життя та можливість ведення здорового способу життя дозволить нам розробити нові підходи до формування та реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я і в напрямі громадського здоров'я в Україні зокрема. На наш погляд, аналіз та узагальнення закордонного досвіду публічної політики у сфері громадського здоров'я є актуальним та значно розширить наше розуміння ролі держави, інститутів місцевого самоврядування, громадськості та зацікавлених сторін у подоланні депривації і, як наслідок, нерівності в доступі до якісних медичних послуг, а також в організації ефективних заходів у напрямі громадського здоров'я [1; 2; 3].



**Методи.** Використовувався мультидисциплінарний та системний підхід у дослідженні як базовий, методи аналізу, синтезу, узагальнення, порівняння та економіко-статистичний метод.

### **Основна частина.**

Відповідно до програми «Здоров'я 2020: Європейська політика та стратегія для XXI століття» [4, с. 14–15], європейські країни запровадили такі стандарти стратегічного планування:

1. Стратегічні завдання «Здоров'я-2020»: посилення ефективного управління здоров'ям. Національні уряди можуть досягти реальних покращень у сфері охорони здоров'я, якщо вони працюватимуть для виконання двох пов'язаних стратегічних завдань:

— покращення здоров'я для всіх та зменшення нерівностей у здоров'ї;

— поліпшення лідерства та управління у всіх сферах з використанням принципів культури здоров'я.

2. Країни, регіони та міста, що встановлюють сумісні завдання та здійснюють спільні інвестиції як в охорону здоров'я, так і в інші сектори економіки і розвитку суспільства, можуть значно покращити здоров'я та добробут своїх громадян. Пріоритетними напрямками тут є: дошкільна освіта, успішність у навчанні, зайнятість та умови праці, соціальний захист та зменшення бідності. Підходи включають накопичення стійкості громади, соціального включення та згуртованості; інтегрування гендерних питань та формування індивідуальних та громадських сильних сторін, які захищають та зміцнюють здоров'я, наприклад, індивідуальні навички та почуття належності. Встановлення мети щодо зменшення бідності і викликаних нею нерівностей у стані здоров'я може допомогти стимулювати дії урядів та є одним із головних способів оцінки розвитку здоров'я на всіх рівнях.

3. Подолання бідності і соціальних нерівностей суттєво сприяє здоров'ю та добробуту. Причини складні і глибоко вкорінені протягом життєвого шляху людини, посилюючи недоліки та вразливість. У програмі «Здоров'я-2020» підкреслюється все більша занепокоєність щодо подолання стану поганого здоров'я в окремих країнах та в Європейському регіоні в цілому. Найнижча і найвища тривалість життя при народженні в Європейському регіоні Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) різняться на 16 років, особливо з урахуванням різниці між тривалістю життя чоловіків і жінок, а рівень материнської смертності в деяких країнах регіону до 43 разів вищий, ніж в інших. Така надзвичайна нерівність у стані здоров'я пов'язана зі способом життя, включаючи вживання тютюну та алкоголю, діету, фізичні навантаження і психічні розлади, що, в свою чергу, відображає стрес та негаразди у житті людей.

4. Вжиття заходів щодо соціальних та екологічних факторів здоров'я може ефективно усунути багато нерівностей і частково — бідність. Дослідження показують, що для ефективних втручань потрібне політичне середовище, яке долає галузеві межі та дозволяє інтегрувати програми. На-



приклад, дані чітко вказують на те, що комплексні підходи до добробуту дитини та розвитку раннього дитинства дають кращі та справедливіші результати як у галузі охорони здоров'я, так і в галузі освіти. Містобудівний розвиток, який теж визначає фактори здоров'я, є надзвичайно важливим, а місцева влада відіграє все більш важливу роль у просуванні здоров'я та добробуту. Участь, підзвітність та стійкі механізми фінансування підсилюють наслідки таких місцевих програм [4, с. 14–15].

У ключових показниках способу життя існують важливі нерівності між країнами, серед яких — рівень паління, ожиріння, фізичні навантаження та обмеження людини, зважаючи на тривалість хвороби. Крім того, 20 % населення з найнижчим рівнем доходів, швидше за все, будуть відтерміновувати пошуки меддопомоги через фінансові труднощі. Чималі докази підтверджують тезу про те, що освіта та здоров'я зіставляються. Дані свідчать про те, що кількість років закінченого навчання є найважливішим порівнянням з рівнем здоров'я. Згідно з доповіддю про розвиток людини за 2003 рік (Програма розвитку об'єднаних країн): «Освіта, здоров'я, харчування, вода та санітарія доповнюють один одне, при цьому інвестиції в будь-який одній з цих сфер сприяють кращим результатам в інших» [4].

На думку британських вчених [5], нині надзвичайно актуальні дослідження в таких напрямках: складна взаємодія між індивідуальними особливостями, способом життя та зміною фізичного, соціального та економічного середовища та майбутніми тенденціями в галузі охорони здоров'я. Основні результати таких наукових досліджень у Великобританії:

#### ***А. Головні тези:***

- Здоров'я визначається складною взаємодією між індивідуальними особливостями, способом життя та фізичним, соціальним та економічним середовищем. Більшість експертів сходяться на думці, що ці «більш широкі детермінанти здоров'я» важливіші за охорону здоров'я для забезпечення оптимального рівня здоров'я населення.

- Економічні труднощі впливово корелюються із поганим станом здоров'я. Нинішній спад — найглибший з часів Великої депресії — загрожує добробуту особистості та сім'ї, особливо для безробітних і тих, хто відчуває скорочення заробітної плати та соціальних виплат.

- Підвищення рівня освіти суттєво пов'язане з покращенням здоров'я. Нещодавне зростання загальної кількості людей з вищою освітою та збільшення людей з низьким рівнем освіти повинні мати довгострокові наслідки для здоров'я населення. Однак існує невизначеність щодо того, чи продовжуватимуться умови поліпшення доступу людей до вищої освіти.

- Захворюваність, пов'язана з роботою, зменшується, особливо серед людей, зайнятих ручною працею. Роботодавці також виявляють зростаючий інтерес до здоров'я своєї робочої сили. Хоча ці тенденції можуть продовжуватися, економічне середовище може посилити стрес, пов'язаний з виконанням роботи (конкуренція, безробіття, зниження заробітної плати), і мати негативний вплив.



• Покращені житлові умови та розповсюдження зелених насаджень у населених пунктах повинні мати позитивний вплив на здоров'я. Однак ці перспективи мало стосуються найбільш знедолених.

• Прогнозується, що зміни клімату матимуть як позитивні, так і негативні наслідки для здоров'я у Великобританії.

### **Б. Основні невизначеності:**

• *Глобальна економіка.* Важко передбачити, як розвиватимуться Великобританія та глобальна економіка у найближчі 20 років та які мега-тренди будуть впливати на зайнятість та доходи.

• *Робоче середовище.* Рівень оплати праці та умови праці можуть помітно погіршитися під час економічного спаду. Однак деякі великі роботодавці визнають переваги вкладень у добробут своїх працівників і можуть позитивно діяти на покращення здоров'я своїх працівників.

• *Освіта.* Останнє зростання кількості людей, які вступають до університету, може затриматись із часом. Після введення більш високої плати за навчання заявки на вступ в англійські університети в 2019 році знизились на 10 відсотків.

• *Зміна довкілля.* Скорочення викидів вуглецю, ймовірно, призведе до значних технологічних та соціальних змін із суттєвими наслідками для здоров'я. Однак існує масштабна невизначеність щодо масштабів і термінів цих наслідків [5].

Кілька досліджень намагаються оцінити, як більш широкі детермінанти здоров'я впливають на наш фізичний стан. Наприклад, McGinnis та ін. [6] вважають, що на психічне здоров'я (40 %), соціальні умови та екологічне положення (40 %) більшою мірою впливає стан здоров'я країн, а меншою мірою — охорона здоров'я (близько 15 %). Кузнецова Д. в своїй роботі [7] відмічає, що Канадський інститут перспективних досліджень встановив, що основними факторами є соціально-економічні умови життя (50 %) та здоров'я (близько 25 %). Нарешті, Bunker et al [8] пропонують такі два основні фактори: охорона здоров'я (43 %) та всі інші (57 %). Таким чином, поряд із рівнем охорони здоров'я всі дослідники відзначають провідну роль у впливі на стан здоров'я націй соціально-економічних факторів їх життя (від 40 до 57 %). Тобто соціально-економічні умови життя людей, рівень бідності і нерівність доступу до якісних умов життя є впливовими факторами і призводять до відмінностей у показниках здоров'я населення в різних цільових групах.

Аналіз статистики Звіту ВООЗ про здоров'я в Європі за 2018 рік [9] показує, що уряди Європи стратегічно орієнтовані на досягнення низки завдань у галузі охорони здоров'я в рамках політики «Здоров'я-2020».

Тому мету «Збільшення тривалості життя в Європі» політики «Здоров'я-2020» слід розглядати детальніше. Середня регіональна тривалість життя постійно збільшується протягом останніх років, а розриви середньої тривалості життя між статями та між країнами стають все меншими. Однак все ж існують значні відмінності, які потребують постійного моніторингу. У 2015 році різниця між країнами з найвищою тривалістю життя та найнижчою становила більше десяти років. Жінки все ще живуть довше за чоловіків у будь-якому віці. Незважаючи на збільшення тривалості



життя при народженні, різниця між країнами з найвищою і найнижчою тривалістю життя в Євросоюзі все ж залишається більше десяти літ.

Мета «Збільшення тривалості життя в Європі» політики «Здоров'я-2020» пов'язана із такими завданнями:

I. Постійне збільшення тривалості життя за нинішньою швидкістю, а також зменшення різниці в тривалості життя в регіоні. Основним показником цієї мети є тривалість життя при народженні. Гендерний розрив незначно скоротився між 2010 та 2015 роками для середньої регіональної тривалості життя у віці 1, 15 та 45 років. Однак він збільшився для середньої тривалості життя в регіоні в 65 років. Більше того, існують відмінності між країнами щодо тривалості життя у віці 1, 15, 45 та 65 років [9, с. 39–44].

II. Усі громадяни мають право на міцне здоров'я, добробут, освіту та рівні можливості розвитку в місцях проживання. Тому метою наступного завдання — «Зменшення нерівності у сфері охорони здоров'я в Європі (мета соціальних детермінантів)» — є зменшення розривів у здоров'ї, пов'язаних із соціальними детермінантами в Європі.

Ця мета має п'ять ключових показників:

- дитяча смертність на 1000 народжених;
- відсоток дітей молодшого шкільного віку, які не навчаються;
- рівень безробіття;
- встановлені та задокументовані національні та/або субнаціональні політики щодо нерівності у сфері охорони здоров'я;
- коефіцієнт Джині (розподіл доходу).

Нерівності у здоров'ї — це несправедливий розподіл результатів здоров'я та добробуту. Соціальні детермінанти здоров'я включають усі політичні, соціальні, економічні, інституційні та екологічні чинники, які формують умови повсякденного життя, сприяють здоров'ю та добробуту та виникненню хвороб у житті людини. Національна політика, спрямована на зменшення нерівностей у сфері охорони здоров'я, вживаючи заходів щодо соціальних детермінантів здоров'я, може призвести до покращення загального стану здоров'я та добробуту всього населення.

Зростає кількість країн європейського регіону, які встановлюють та документують національну та субнаціональну політику щодо подолання нерівностей у сфері охорони здоров'я. У 2016 році у 42 країнах із 53 (79 %) була розроблена політика чи стратегія щодо подолання нерівності або соціальних детермінантів. Це збільшення порівняно з 29 та 35 країнами відповідно у 2010 та 2013 роках [9, с. 45–49].

3. Забезпечення загального охоплення та права на здоров'я. Це завдання орієнтоване на досягнення загального охоплення здоров'я і передбачає «право на здоров'я» як основну структуру політики та бачення, що сприяє ідеї про забезпечення справедливого доступу до ефективних та необхідних медпослуг без фінансового навантаження, що є основним правом усіх громадян. Генеральний директор ВООЗ д-р Тедрос визначив універсальну систему охорони здоров'я одним із п'яти ключових пріоритетів Всесвітньої організації охорони здоров'я. Забезпечення загального охоплення системою охорони здоров'я всього населення без винятку є одним із



основних завдань розвитку. Всесвітня асамблея охорони здоров'я зробила універсальний захист здоров'я одним із трьох стратегічних пріоритетів ВООЗ у тринадцятій загальній програмі роботи ВООЗ на 2019–2023 роки, встановивши стратегічний пріоритет — «зменшення стійких бар'єрів у доступі до медичних послуг та збільшення на 1 мільярд кількості тих людей, які користуються універсальною системою охорони здоров'я».

Для оцінки ефективності країн у напрямку виконання цього завдання держави-члени збирають та повідомляють дані за набором ключових показників. Одним з таких показників є рівень виплат приватних домогосподарств як частка загальних витрат на охорону здоров'я (оцінка ВООЗ).

Рівень грошових виплат або витрат на охорону здоров'я виражається у відсотках від загальних витрат на охорону здоров'я. Платежі приватних домогосподарств за охорону здоров'я — це їхні прямі витрати, включаючи пільги та виплати в натуральній формі медичним працівникам та постачальникам фармацевтичних препаратів, терапевтичних приладів та інших товарів і послуг, головна мета яких — сприяти відновленню або покращенню стану здоров'я людей або груп населення. Вони також включають виплати домогосподарств державним службам, неприбутковим установам чи неурядовим організаціям, витрати, що не відшкодовуються, франшизи, доплати та збори за послуги. Докази свідчать, що існує стійка кореляція між державними витратами на охорону здоров'я і приватними виплатами за власні кошти. Країни з низьким рівнем державних витрат на охорону здоров'я зазвичай відчувають високий рівень виплат за власні кошти, що, у свою чергу, може призвести до фінансових труднощів для домогосподарств та негативного впливу на стан здоров'я населення. Міжнародний аналіз підтверджує, що коли частка приватних виплат падає нижче 15 % від загальних витрат на охорону здоров'я, дуже мало домогосподарств зазнають додаткових фінансових витрат на лікування. Однак у 2014 році 40 країн Єврорегіону мали пропорції, що перевищують цей критичний поріг, аналогічно висновкам, повідомленим у Європейському звіті про охорону здоров'я за 2015 рік. Середнє в регіоні витрачання коштів на приватні домогосподарства незначно зросло з 25,5 % у 2010 році до 26,6 % у 2014 році [10].

Це свідчить про погіршення доступу до медичної допомоги разом із підвищеним рівнем фінансового ризику, збіднінням та увічненням економічно незахищеного населення. Існували великі відмінності у зіставленні витрат приватних домогосподарств між країнами в регіоні, які варіювали від низького значення 5,2 % до дуже високого максимального значення 72,1 % у 2014 році. Існували також значні відмінності між субрегіонами у пропорціях витрат приватних домогосподарств, які склали від 14,7 % у північних країнах до 46,2 % у країнах СНД (Співдружність Незалежних Держав) у 2014 році [9, с. 61–69].

Зважаючи на вказані тенденції, доцільно розглянути основні показники бідності в Україні. За даними Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи Національної академії наук України, показники соціального відчуження в Україні за 2015–2018 роки мають такі значення [11] (табл. 1).



Таблиця 1  
Показники соціального відчуження у 2015–2018 рр. в Україні, %\*

№	Показник	2015	2016	2017	2018
1.	Частка домогосподарств, у складі яких є особи, що протягом останніх 12 місяців за потреби не змогли отримати медичну допомогу, придбати лікарські засоби (у відсотках)	29,3	23,1	29,7	21,0
2.	Частка домогосподарств, які потерпають від відсутності поблизу житла закладу охорони здоров'я (фельдшерсько-акушерського пункту, амбулаторії, поліклініки тощо), аптеки (у відсотках)	12,3	X	13,4	X
3.	Частка домогосподарств, які потерпають від незабезпеченості населеного пункту своєчасними послугами екстреної (швидкої) медичної допомоги (у відсотках)	14,8	X	14,8	X
4.	Частка домогосподарств із дітьми до 6 років, які потерпають від відсутності поблизу житла дошкільних навчальних закладів (дитячих садків, ясел-садків) (у відсотках)	10,3	X	9,3	X
5.	Частка дітей віком 3–5 років, які охоплені дошкільними навчальними закладами (у відсотках)	74,0	74,7	75,4	74,8
6.	Частка випускників 9 класу денних загальноосвітніх навчальних закладів, які не продовжують навчання для здобуття повної загальної середньої освіти (у відсотках)	0,5	0,7	1,0	0,7
7.	Частка випускників 9 класу денних загальноосвітніх навчальних закладів, які продовжують навчання у 10 класі (у відсотках)	60,3	58,9	59,2	63,1
8.	Частка домогосподарств, які витрачають на харчування більше 60 відсотків сукупних витрат	43,1	31,8	26,1	26,7
9.	Частка домогосподарств, у яких залишається менше 10 відсотків сукупних ресурсів після здійснення витрат на харчування та обов'язкових платежів за житлово-комунальні послуги (у відсотках)	15,7	11,1	8,6	7,6
10.	Частка домогосподарств, які потерпають від недостатності коштів для підтримання достатньо теплої температури у своєму житлі (у відсотках)	25,1	X	26,6	X
11.	Частка домогосподарств, які потерпають від відсутності регулярного транспортного сполучення з населеним пунктом з більш розвинутою інфраструктурою (у відсотках)	9,2	X	8,8	X
12.	Чисельність дітей з інвалідністю, охоплених реабілітаційними послугами (тисяч осіб)	14,2	14,8	17,4	18,2
13.	Частка дітей, не охоплених сімейними формами виховання, серед дітей, які отримали статус дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування (у відсотках)	19,1	22,2	15,7	14,9
14.	Частка одиноких громадян похилого віку, які були обслужені у територіальних центрах соціального обслуговування (у відсотках)	82,2	92,3	95,0	96,3

*Примітка:* без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та без урахування частини зони проведення антитерористичної операції [11].





Показники соціального відчуження дедалі покращуються практично за всіма аспектами.

Суттєво зменшилася у 2018 році частка населення, яке за потреби не змогло отримати медичну допомогу чи придбати лікарські засоби — з 29,7 до 21,0 %. Це може свідчити як про покращення доступу населення до медичних послуг, так і про збільшення купівельної спроможності та відповідно можливості купувати медичні товари

Актуальною залишається проблема доступності дошкільних навчальних закладів що є причиною низького охоплення дітей дошкільною освітою: за останній рік частка дітей віком 3–5 років, які охоплені дошкільними навчальними закладами, дещо зменшилася — з 75,4 до 74,8 %. Незважаючи на поширеність серед української молоді практики отримання вищої освіти, в останні роки намітилася тенденція до зростання частки дітей, які не отримують повної загальної середньої освіти, що суттєво підвищує ризики бідності та соціального відчуження. Проте у 2018 році ситуація покращується: якщо у 2017 році частка випускників 9 класу денних загальноосвітніх навчальних закладів, які не продовжують навчання для здобуття повної загальної середньої освіти, становила 1,0 %, то у 2018 році — вже 0,7 %. Частіше випускники дев'ятих класів стали залишатися для продовження навчання у школі — якщо у 2017 році частка тих, які продовжують навчання у 10 класі, становила 59,2 %, то у 2018-му таких стало 63,1 %.

Відбулися позитивні зміни у споживчих можливостях домогосподарств у 2018 році. Хоча частка домогосподарств, які витрачають на харчування більше 60 відсотків сукупних витрат, дещо зросла (з 26,1 % до 26,7 %), проте зменшилася частка домогосподарств з надвисокими ризиками соціального відчуження (у яких залишається менше 10 відсотків сукупних ресурсів після здійснення витрат на харчування та обов'язкових платежів за житлово-комунальні послуги) — з 8,6 % у 2017 році до 7,6 % у 2018-му.

За останній рік покращилися показники доступності соціальних послуг для вразливих груп населення, насамперед, дітей. Помітно зросла чисельність охоплених реабілітаційними послугами дітей (серед осіб 0–17 років з інвалідністю) — з 17,4 до 18,2 тисяч. Частка дітей, не охоплених сімейними формами виховання, серед дітей, які отримали статус дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування, зменшилася з 15,7 до 14,9 %.

Дедалі збільшується рівень охоплення одиноких громадян похилого віку соціальними послугами: частка осіб, які були обслужені у територіальних центрах соціального обслуговування, зросла з 95,0 до 96,3 %. Таким чином, за обраними показниками можна зробити висновок про підвищення рівня охоплення цільових груп соціальними послугами, що може сприяти зниженню ризиків їх соціального відчуження [11].

Рівень бідності в Україні за типом поселення протягом 2015–2018 років представлено в табл. 2.



Таблиця 2

## Рівень бідності за типом поселення у 2015–2018 рр., %\*

Тип поселення	Відносний критерій за витратами				Абсолютний критерій за доходами нижче фактичного ПМ			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
<b>Міські населені пункти</b>	<b>20,3</b>	<b>21,1</b>	<b>21,1</b>	<b>20,3</b>	<b>51,4</b>	<b>50,8</b>	<b>34,2</b>	<b>25,6</b>
великі міста	16,2	16,9	17,1	14,4	48,7	46,8	30,5	20,8
м. Київ	10,1	11,7	14,1	11,3	39,8	37,9	22,9	16,4
великі міста без Києва	17,6	18,1	17,8	15,2	50,7	48,9	32,3	21,9
малі міста	26,0	26,9	26,6	28,5	55,3	56,3	39,5	32,4
<b>Сільські населені пункти</b>	<b>27,9</b>	<b>28,1</b>	<b>30,8</b>	<b>31,6</b>	<b>52,9</b>	<b>51,7</b>	<b>36,3</b>	<b>31,5</b>
<b>Україна</b>	<b>22,9</b>	<b>23,5</b>	<b>24,4</b>	<b>24,1</b>	<b>51,9</b>	<b>51,1</b>	<b>34,9</b>	<b>27,6</b>

*Примітка:* без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та без урахування частини зони проведення антитерористичної операції [11].

Зважаючи на інформацію в табл. 2, у 2018 році спостерігається закономірність щодо збільшення рівня бідності зі зменшенням розміру населеного пункту, проте лише за відносним критерієм (за витратами). Натомість за абсолютним критерієм (за доходами нижче фактичного прожиткового мінімуму) по малих містах рівень бідності перевищує значення по сільській місцевості.

За цей період рівень бідності по сільських поселеннях становив за відносним критерієм — 31,6 %, а за абсолютним — 31,5 %. По малих містах — відповідно 28,5 % та 32,4 %, що суттєво перевищує показники по великих містах (14,4 та 20,8 % залежно від критерію). Отже, незалежно від обраного критерію, показники по малих містах набагато ближчі до сільської місцевості, ніж до великих міст.

Отже, збільшився розрив у показниках бідності між містом і селом як за відносним, так і за абсолютним критеріями. За відносним критерієм показники зросли по малих містах та сільських населених пунктах. Суттєве покращення ситуації за абсолютним критерієм здебільшого відбулося за рахунок великих міст, зокрема великих міст без Києва [11].

Таким чином, з урахуванням аналізу світових мегатрендів, сучасна Україна формує та реалізує одне з основних своїх завдань громади — публічну політику щодо збереження здоров'я, а також усунення нерівностей у цьому аспекті. Процес європейської інтеграції в Україні відповідає політиці «Здоров'я-2020: основи європейської політики на підтримку дій всієї держави та суспільства в інтересах здоров'я та добробуту» [12], а також вимогами Угоди про асоціацію «Україна — ЄС» [13].



Окремої згадки заслуговують заходи системи громадського здоров'я України щодо усунення для населення нерівностей у сфері охорони здоров'я:

1. Промоція — це стосується інформування та мотивації населення до збереження здоров'я;

2. Адвокація — це діяльність із представлення та захисту інтересів здоров'я людини, які безпосередньо пов'язані з усуненням депривації.

Водночас, питання нерівномірного використання вищевказаних заходів боротьби з бідністю і нерівністю в ЄС, а також питання гендерної та вікової нерівності залишаються невирішеними. Для вдосконалення інструментів політики в галузі охорони здоров'я пропонується створити єдині та функціонально інтегровані інформаційні системи для інтеграції та координації зусиль між країнами для подолання розриву між науково-дослідною та публічною політикою у цій галузі [9].

Враховуючи вищезазначені виклики сучасного світу, ВООЗ та ООН-Хабітат розробили «*UrbanHeart*» — Інструмент оцінювання та реагування на здоров'я у містах. Цей інструмент сприяє створенню бази даних доказів, і міська влада використовується для оцінки рівня нерівності у сфері охорони здоров'я у місті та для планування конкретних заходів щодо його подолання. Ця методологія оцінки та усунення нерівності у сфері охорони здоров'я у місті сприяє використанню наявних даних, які розбиваються на такі критерії, як соціально-економічна група і територія проживання. Програма «*UN-Habitat UrbanInfo*» допомагає користувачам зберігати, представляти та аналізувати міські показники за допомогою низки механізмів [14].

Очевидно, що світ та Україна створюють та розробляють міждисциплінарні та взаємопов'язані інструменти для впливу на різні сфери публічної політики щодо якості життя, здоров'я та усунення передумов нерівного доступу до цих благ. Досвід розробки інструментів політики у сфері охорони здоров'я в умовах зростаючої бідності і нерівності, про який ми говорили, може бути застосований в Україні. Всебічне використання вищезгаданих практик національним урядом для боротьби з бідністю шляхом медичної реформи та посилення напряму громадського здоров'я дасть позитивні результати. Ми вважаємо за доречне продовжувати наукові дослідження в галузі боротьби з бідністю і нерівністю доступу до якісних умов життя в контексті нового інтегрального терміна, який зараз впроваджується в основні європейські передові дослідження — «культура здоров'я».

#### Список використаних джерел

1. Деміхов О. І. Взаємозв'язок урбанізації з формуванням і реалізацією публічної політики громадського здоров'я в Україні. *Аспекти публічного управління*. 2019. № 12, Том 7. С. 59–69. <https://doi.org/10.15421/151965>.
2. Demikhov O., Dehtyarova I., Demikhova N. (2020). Actual aspects of public health policy formation on the example of Ukraine. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 19 (3), 358–364. <https://doi.org/10.3329/bjms.v19i3.45850>.



3. *Shvindina, H.* (2019). Coopetition as an Emerging Trend in Research: Perspectives for Safety & Security. *Safety*, 5 (3), 61. <https://doi.org/10.3390/safety5030061>.
4. Health 2020 A European policy framework and strategy for the 21st century. *The World Health Organization*. URL : <https://bit.ly/3kdUF5J>.
5. Broader determinants of health: Future trends. *The King's Fund*. URL : <https://bit.ly/2FD9fo9>.
6. *McGinnis, J. M., Williams-Russo, P., and Knickman, J. R.* (2002) The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs*, 21 (2), 78–93. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.2.78>.
7. *Kuznetsova D.* (2012) Healthy places: Councils leading on public health. London: New Local Government Network. Retrieved from <https://bit.ly/3iuNfuq>.
8. *Bunker, J. P., Frazier, H. S., and Mosteller, F.* (1995) The role of medical care in determining health: Creating an inventory of benefits. In *Society and Health* (ed. B. Amick Amick III et al.). New York : Oxford University Press. pp. 305–341.
9. European health report 2018: More than numbers — evidence for all (2018), X+147 pp. *The World Health Organization, Regional Office for Europe*. URL : <https://bit.ly/35xTLwH>.
10. Health for All, Database (HFA-DB) (2019, October 17). *The World Health Organization, Regional Office for Europe*. URL : <https://bit.ly/32tn8P1>.
11. Комплексна оцінка бідності та соціального відчуження в Україні за 2016–2018 роки / Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи. URL : <https://bit.ly/3mmEeGf>.
12. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. *The World Health Organization*. URL : <https://bit.ly/32uySk0>.
13. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони : ратифікована Законом України від 16.09.2014 р. № 1648–VII. *Верховна Рада України. Законодавство України*. URL : <https://bit.ly/33qi5y6>.
14. WHO releases two major reports (2010, November 22). *The World Health Organization, Regional Office for Europe*. URL : <https://bit.ly/3moiGC>.

Надійшла до редакції 03.01.2020

**Oleksii DEMIKHOV**

*Sumy State University*

### **Institutional Mechanism for Public Health Policy in Conditions of Poverty Alleviation**

*Introduction: Public health is a new field of knowledge and human activity that is being developed in Ukraine nowadays. In Ukraine and globally, public health is one of the highest priority areas of human development that falls into the category of systematic social inequality. Public health sector is socially important as it creates a health-preserving lifestyle for the population.*

*Research: The basic elements of this approach are population economic status, ecology, education, territorial settlement (urban or rural), and housing quality. At these basic levels, there is already a feasible scientific debate about the existence and growth of poverty. There is inequality in access to health care quality, prevention and treat-*



ment; healthy food quality; and furthermore the opportunity to lead a healthy lifestyle, especially in urban areas.

*Recognizing the effects of such inequality and poverty in access to health-preservation, national and regional public authorities of the EU and Ukraine have begun to develop and implement public health concepts and programs at different levels.*

*The purpose of our research is to study public health sector of the EU and compare it with Ukraine in order to formulate proposals for mitigating health inequalities and poverty in access to health services, as well as developing new standards and to have an integrated approach to work out an effective public health policy.*

*Conclusion: The aim of this topic is the processing and synthesis of information of public policy instruments in the context of preserving and promoting the health of the population, increasing the expectancy and quality of life, preventing diseases, promoting a healthy lifestyle.*

*We use a multidisciplinary and systematic approach in research as a baseline, methods of analysis, synthesis, generalization, comparison and economic-statistical methods are used.*

*Data was sourced from the surveys of Ukrainian and foreign scientists, national statistical agencies of the EU and Ukraine, associations of cities of the leading countries around the world. In particular, we are interested in the indicators such as the level of urbanization, the level of gross domestic product, area pollution, the level of mortality, other economic, social and health characteristics.*

**Keywords:** *poverty alleviation, public health, health care, public policy.*