

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

Завідувач кафедри громадського здоров'я  
та управління охороною здоров'я

\_\_\_\_\_ В.А. Огнєв

**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ  
РОЗВИТКОМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»  
Освітньо-професійна програма: «Управління в сфері охорони здоров'я»  
Галузь знань: 28 «Публічне управління та адміністрування»  
Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

слухач групи ПУА-19

О.В. Лоскутов

Керівник,

д.мед.н., проф.

В.А. Огнєв

Рецензент

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я .....	5
1.1 Розвиток громадського здоров'я як об'єкт публічного управління	5
1.2 Інституціональне та нормативно-правове забезпечення публічного управління розвитком громадського здоров'я .....	13
РОЗДІЛ 2 СТАН ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ .....	23
2.1 Результативність публічного управління розвитком громадського здоров'я в Україні .....	23
2.2 Проблеми розвитку громадського здоров'я .....	31
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я .....	41
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо покращання громадського здоров'я.....	41..
3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку громадського здоров'я .....	51
ВИСНОВКИ .....	60
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ .....	63

## ВСТУП

*Актуальність теми.* В Україні реалізується ряд національних спеціалізованих програм у сфері охорони здоров'я, збережено практику бюджетного фінансування підприємств цієї сфери, проводяться різноманітні профілактичні заходи тощо. Однак, попри усе це, стан громадського здоров'я в Україні, який є інтегральною характеристикою загального стану суспільства, нині характеризується високими показниками захворюваності, інвалідності та смертності тощо. Однією з причин такої невтішної ситуації є невідповідність між потребою в наданні медичних послуг і величиною виділених на це ресурсів. Відтак, питання вдосконалення публічного управління розвитком громадського здоров'я набуває особливої актуальності, що спонукало автора до проведення відповідного дослідження.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Вашев О. [11], Грузєва Т. [19–21], Дегтярьова І. [27], Капустник В. [35; 36], Кланца А. [37], Короп О. [69], Лехан В. [43], Лісовий В. [35; 36], Марова С. [45], Огнєв В. [35; 36; 51], Радиш Я. [31], Рингач Н. [66–68], Рогова О. [11], Сердюк О. [69], Слабкий Г. [70–72], Чухно І. [51] та інші вчені.

*Мета та завдання дослідження:* на основі дослідження особливостей публічного управління розвитком громадського здоров'я обґрунтувати основні напрями його вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

- з'ясувати сутність і значення розвитку громадського здоров'я як об'єкту публічного управління;
- дослідити інституціональне та нормативно-правове забезпечення публічного управління розвитком громадського здоров'я;
- оцінити результативність публічного управління розвитком громадського здоров'я;

– виокремити для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід щодо покращання громадського здоров'я;

– запропонувати для подальшої реалізації комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку громадського здоров'я.

*Об'єктом дослідження є стан громадського здоров'я.*

*Предметом дослідження є публічне управління розвитком громадського здоров'я.*

*Методи дослідження.* абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу – для оцінки параметрів громадського здоров'я; статистичних порівнянь – для дослідження результативності публічного управління розвитком громадського здоров'я.

*Практичне значення результатів дослідження* полягає в поглибленні існуючих уявлень про особливості публічного управління розвитком громадського здоров'я.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

### 1.1 Розвиток громадського здоров'я як об'єкт публічного управління

Світовий досвід показує, що тенденція еволюції здоров'я, смертності людей і тривалості життя з початку ХХ ст. формується не випадково. Попри величезне різноманіття умов і факторів, що впливають на здоров'я населення в різних країнах, повсюдно простежується єдина спрямованість змін, що мають закономірний характер. Вона виявляється в схожій динаміці показників смертності і тривалості життя, рівня здоров'я, в однотипних зрушеннях структури медичної патології, причин смерті, найбільш небезпечних патогенних факторів. Узагальнення таких закономірностей привело до появи теоретичної концепції «епідеміологічного переходу», сутність якого полягає в заміні «старої» структури захворюваності та смертності з причин, зумовлених переважно зовнішніми факторами (інфекційні та паразитарні захворювання, хвороби органів дихання), «новою» структурою з переважанням хвороб і причин смерті, пов'язаних з неінфекційною патологією, природним старінням людського організму (онкологічні захворювання, хвороби серцево-судинної системи). Неінфекційні захворювання, пов'язані зі «стилем життя» (куріння, зловживання алкоголем, недолік фізичної активності й нездорове харчування), є причиною 86 % смертельних випадків на рік в Україні [1].

Індивідуальне здоров'я окремої людини явище, значною мірою, випадкове. Воно може бути зумовлено, насамперед, ендогенними факторами і залежить від безлічі випадкових зовнішніх процесів і явищ. Параметри індивідуального здоров'я не можуть служити підставою для прийняття рішень, спрямованих на оптимізацію умов життя великих груп населення. Рівень здоров'я населення завжди є показником сприятливого або негативного впливу

навколишнього середовища на населення [97]. Для вирішення соціальних, економічних, політичних проблем, необхідно враховувати якість здоров'я всього населення, використовується поняття «громадське здоров'я».

Поняття «громадське здоров'я» (Public health) було витлумачено ще в 1920 році як наука і мистецтво профілактики захворювань, продовження життя й зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль і свідомого вибору суспільства, організацій державних і приватних, громад та окремих осіб [1]. ВООЗ витлумачує «громадське здоров'я» як науку та мистецтво запобігання хворобам, продовження життя і зміцнення психічного, фізичного здоров'я через ефективний та організований внесок окремих груп населення і суспільства [96]. Науковці пропонують такі тлумачення цього поняття: стан демографічної структури, фізичного та інтелектуального потенціалу, морально-психологічного клімату, який забезпечує певний рівень життя громаді та виконання нею всіх інших соціальних функцій [17; 18] на певному історичному відрізку часу [17]; поняття статичне і характеризується такими демографічними показниками, як народжуваність, смертність, захворюваність, рівень фізичного розвитку, середня тривалість життя [62]; вчення: про юридичні повноваження та обов'язки держави щодо забезпечення умов для здоров'я людей, та обмеження державної влади щодо автономії, приватності, свободи, власних чи інших охоронюваних законом інтересів осіб для захисту та зміцнення громадського здоров'я [23]; наука, що вивчає здоров'я населення та системи його охорони [24]; певний стан суспільства, який визначає рівень його спроможності щодо реалізації біологічних і соціальних функцій, які забезпечують життєдіяльність громадян [37]; система наукових, політичних, економічних, медико-соціальних заходів, спрямованих на організацію зусиль суспільства, державних і недержавних інституцій, громад та окремих осіб щодо зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, продовження активного й працездатного віку шляхом забезпечення умов, за яких люди можуть бути здоровими, а також заохочення до здорового способу життя [28].

Індивідуальне здоров'я кожної людини становить основу громадського здоров'я територіальної громади і суспільного здоров'я громадян всієї держави (соціуму). Громадське здоров'я не може не включати в себе всього, що пов'язано зі здоров'ям індивіда, однак воно і не може бути зведене до характеристики останнього [18]. Замість фокусуватися на здоров'ї індивідів, громадське здоров'я акцентує свою увагу на здоров'ї спільнот. Громадське здоров'я означає обов'язок уряду, що відповідає відповідному колективному праву його населення на забезпечення здоров'я, однак це зобов'язання складається у відповідь на запит усього населення, а не окремого індивіда. Інколи ідея наявності колективних прав на здоров'я (чи забезпечення здоров'я) відкидається. Наприклад: громадське здоров'я, у першу чергу, стосується державних повноважень щодо регулювання умов, що впливають на здоров'я та надання медичних послуг [60].

Громадське здоров'я є важливим атрибутом суспільного життя та структурною умовою відтворення соціально-біологічної детермінації суспільства, що у такий спосіб дозволяє проаналізувати антропоцентричну цінність людини в конкретних історичних і фізіологічних умовах. Така категоріальна конструкція громадського здоров'я розкриває сутність внутрішньо індикативного ставлення людини до цінності життя та його досконалості через призму «фізичного добробуту», який гарантується лише фізичним здоров'ям [37]. Останнє слугує своєрідним естетичним і соціальним мірилом індивіда, критерієм його краси, громадянської зрілості, духовного розвитку, готовності віддати сили служінню державі. Рівень громадського здоров'я, виступаючи головною умовою відтворення високоякісного трудового потенціалу, є адекватним показником національної безпеки [86]. Громадське здоров'я постає як об'єктивний фактор самореалізації індивідів у суспільстві, а відтак один із параметрів якості їх життя, соціальних груп загалом; як фактор самореалізації, проявляється не лише в тривалості життя (активної, продуктивної життєдіяльності людини чи групи), але й у всіх без виключення окремих напрямках цієї самореалізації, у всіх видах діяльності в сучасному

суспільстві [83]; постає у ролі певної методологічної системи, яка характеризує здоров'я як суспільно-індивідуальний інститут, що регламентує соціально-статусну роль для життєдіяльності людини, що і є формальним гарантом успішності її існування у соціумі; має виступати в ролі специфічного симбіозу гармонійного поєднання [37] природно-суспільної цілеспрямованості розвитку суспільства, що включає стабільний та збалансований розвиток людини, збереження сталої органіки довкілля [82]; дає узагальнюючу картину стану й динаміки здоров'я і відтворення населення та визначає їх фактори, а звідси засоби впливу та необхідні заходи. Таку узагальнюючу картину не може дати жодна клінічна або гігієнічна дисципліна. Сучасна практика громадського здоров'я вимагає міждисциплінарної команди фахівців багатьох фахів [1].

Громадське здоров'я як умова національної безпеки держави безпосередньо пов'язане з потребами й цінностями, процесами інституціоналізації й легітимації нових соціальних норм і правових феноменів, які визнаються соціальними групами та суспільством у цілому з огляду на їх права та обов'язки стосовно здоров'я та охорони здоров'я. Тобто мова йде про паритетну відповідальність громадянина, держави та її інститутів. Однак масштаб відповідальності цих суб'єктів у межах кожної держави декларує досить часто і радикальні відмінності, що ґрунтується на нормативних принципах легітимності її політики у сфері охорони здоров'я. Відтак, головними суб'єктами забезпечення громадського здоров'я виступають держава, суспільство (особистість) і система охорони здоров'я, які перебувають у взаємодетермінованій взаємодії налагодження якісної життєдіяльності [37].

ВООЗ ще у 1948 р. запропонувала наступні чинники суспільного впливу на стан громадського здоров'я всіх країн світу: частка ВВП, що витрачається на охорону здоров'я; забезпечення населення безпечним водопостачанням, що відповідає санітарним нормам; відсоток осіб, яким проведено імунізацію проти основних небезпечних інфекцій; доступність кваліфікованої медичної допомоги під час вагітності та пологів; доступність ПМСД; стан вигодовування дітей (кількість дітей, які народилися з масою тіла до 2500 г) [18].



Охорона громадського здоров'я спрямовується не лише на надання прямих медичних послуг (коли вже є конкретна потреба), а ще далеко перед виникненням хвороби, на її запобігання, зміцнення здоров'я та продовження життя населення в цілому. Означення «громадський» вказує, що державні структури й інші офіційні інституції беруть участь у формуванні, підтримці та збереженні здоров'я у взаємодії, а часто й з ініціативи громади [38].

Громадське здоров'я, як наука, повинно органічно поєднувати конкретний аналіз практичних проблем охорони здоров'я з дослідженнями закономірностей суспільного розвитку, проблем економічного розвитку й культури. Рациональність створення програм зі збереження здоров'я громадян полягає, зокрема, і в економічній вигоді для держави [1]. Головне завдання сфери громадського здоров'я полягає в забезпеченні умов, щоб люди були здоровими, мали фізичне, розумове, духовне й соціальне благополуччя шляхом організації спільної, колективної роботи суспільства в рамках сфери діяльності громадського здоров'я. Власне це те, що ми як суспільство робимо спільно для забезпечення умов, у яких люди будуть здоровими [13].

Система громадського здоров'я вимагає залучення мультидисциплінарних команд, а не окремого лікаря. Фахівці з громадського здоров'я у всьому світі працюють над тим, щоб не долати наслідки захворювань у майбутньому, а діють на випередження – прищеплюють елементарну медичну грамотність і мотивують обирати здоровий спосіб життя. Якщо в медичній практиці проблемою здоров'я конкретної людини займається один лікар і його робота впливає на стан здоров'я одного пацієнта, то в сфері громадського здоров'я пріоритетом стає збереження й покращання здоров'я багатьох людей одночасно. Лікар, психолог, епідеміолог, соціолог чи медсестра, які володіють відповідними знаннями та інструментами у сфері громадського здоров'я, часто працюють однією командою безпосередньо й через громадські ініціативи, професійні об'єднання, державні інституції та приватні організації. Вони реалізують програми дій зі збереження найбільшого суспільного блага – здоров'я громади [1].

Так, зокрема, ВООЗ була розроблена стратегія «Здоров'я для всіх»: де здоров'я розглядається як ключовий фактор розвитку суспільства через надання всім людям можливостей вести соціально й економічно продуктивне життя. Урядам поставили завдання нести відповідальність за здоров'я свого народу, а не тільки за надання послуг. Як результат: країни стали визначати показники здоров'я, які були орієнтовані на соціально-економічні детермінанти, а не на поведінку окремої людини [96]. Тільки взаємодія і перетин цих галузей дозволить досягти мети «Здоров'я для всіх» за участю громадської охорони здоров'я, медицини та спільноти. Якщо намагатися знайти відповідь на питання: «Хто несе відповідальність за громадське здоров'я (лікарі, керівники будь-якої організації, вчителі, соціальні працівники та ін.)?», то зрозумілим стає те, що відповідальність за громадське здоров'я є колективною! Проте кожен має свою певну частку відповідальності. Можна змінити акцент у бік здатності адаптуватися і самостійно управляти в умовах соціальних, фізичних та емоційних проблем. Її діяльність спрямована на створення умов, в яких люди можуть бути здоровими, і зосередитися на цілих групах населення, а не на окремих пацієнтах або захворюваннях [1]. Громадське здоров'я базується на певних принципах і цінностях, які використовуються при вирішенні етичних питань, направлених на пошук часом нелегких компромісів між індивідуальними та колективними потребами, підтриманням балансу між всезагальним добром і громадянськими свободами окремої людини [13].

Система громадського здоров'я – сукупність органів публічної влади, що реалізують державну й регіональну політику стосовно створення необхідних соціально-економічних умов буття населення, формують детермінанти та впливають на основні чинники, що визначають здоров'я, і в такий спосіб вирішують завдання збереження та укріплення громадського здоров'я [40]; комплекс інструментів, процедур і заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку й заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього

суспільства [62]; основа профілактичної медицини, що втілює основні системні заходи у сфері охорони здоров'я та спрямована на збереження як популяційного, так й індивідуального здоров'я населення [73].

Основні засади формування системи громадського здоров'я в Україні:

- 1) Право на здоров'я та його охорону.
- 2) Принцип доказовості й економічної доцільності.
- 3) Принцип врахування інтересів здоров'я в усіх сферах державної політики.
- 4) Принцип досягнення справедливості щодо здоров'я.
- 5) Принцип солідарної відповідальності.

Важливим аспектом сучасної системи громадського здоров'я є ефективна організація просвітницької роботи серед населення, що потребує сучасних методів донесення інформації, й адвокація його інтересів, і соціальна мобілізація в інтересах здоров'я [1]. У постмодерністському суспільстві набуває продуктивності система громадського здоров'я із залученням громадян, яка, використовуючи принцип взаємозалежності, надає можливість організувати громадян і використовувати інструменти впливу. Ефективними кроками на цьому шляху є проведення діалогу з населенням і встановлення довіри; люди приймають рішення, коли залучені до процесу [90]. Саме методологія активного залучення громадян дає можливість формувати ефективні інтервенції. Таким чином, на формування громадського здоров'я впливає як біологічна суть кожної людини, так і діяльність суспільства, пов'язана з прийняттям індивідуальних і колективних рішень та їх здійснення. Варіанти вибору, яким люди віддають перевагу, залежать від їх генетичних особливостей, стану довкілля, соціально-економічного становища і житлових умов, іноді політичних, релігійних і культурних особливостей, а також від ступеня свободи і реальної можливості вибору для покращення здоров'я. Для мобілізації потенціалу спільнот до вирішення проблем громадського здоров'я та національної безпеки в комплексі запропонована модель взаємодії в суспільстві, спрямована на соціальні зрушення. Ідея цієї моделі обговорювалась на таких міжнародних форумах з підтримки розвитку потенціалу спільнот, як Rockefeller Foundation Conferences та CCP-SAVE Community Mobilization Task

Force. На практиці інтегровану модель взаємодії в суспільстві заради соціальних змін (CFSC) розробили спеціалісти Університету Джона Хопкінса за підтримки Фонду Рокфеллера. Основними її складовими є: суспільний діалог на основі виваженої оцінки ситуації й усвідомлення наявних потреб та інтересів, розробка узгодженого плану заходів, спрямованих на вирішення конкретної проблеми, що стосується територіальної громади або більш вузько – певної спільноти людей, та організація спільних дій з його реалізації і наступного оцінювання відповідності досягнутих результатів поставленим цілям [1].

Вирізняють три основні функції громадського здоров'я. Оцінка та моніторинг стану здоров'я населення й основних груп ризику виникнення тих чи інших захворювань із метою виявлення проблем і пріоритетів у галузі охорони здоров'я. Відповідно до результатів моніторингу формується державна політика, спрямована на вирішення проблем і досягнення пріоритетних цілей у сфері громадського здоров'я. Гарантування рівноправного доступу до ефективного медичного обслуговування всього населення та до профілактики й заходів щодо зміцнення здоров'я населення [38]. Політика громадського здоров'я – це не окремі заходи, до яких можна ситуативно залучати медичних працівників різного профілю, це постійний моніторинг, а також комплексна стратегія і тактика, спрямована на створення умов, в яких люди можуть бути здоровими, і зосереджена на цілі групи населення, а не на окремих пацієнтах або захворюваннях [1].

Отже, забезпечення громадського здоров'я можливе тільки шляхом проведення певних заходів – організаційних, фінансових, правових і суто медичних [45], що підтверджує складність цього явища й необхідність належного публічного управління його розвитком. Хоча держава виконує провідну роль у забезпеченні громадського здоров'я, але не варто нехтувати діями інших стейкхолдерів – органів місцевого самоврядування, підприємств сфери охорони здоров'я, представників бізнесу та громадських організацій тощо. Саме тому доречніше вести мову про публічне управління розвитком громадського здоров'я.

## 1.2 Інституціональне та нормативно-правове забезпечення публічного управління розвитком громадського здоров'я

Виходячи з аналізу світових тенденцій, публічне управління громадським здоров'ям передбачає комплекс заходів за наступними напрямками:

- підтримка та розробка відповідних стратегій і створення інституційної структури для сфери охорони здоров'я, пропаганда ефективного впровадження аспектів здоров'я, в соціальну, економічну і екологічну політику;

- надання стійкого характеру програмам зміцнення здоров'я та розвитку охорони здоров'я;

- створення моніторингових механізмів для спостереження за здоров'ям населення й середовищем існування, а також для проведення багатofакторних досліджень в системі «навколишнє середовище – здоров'я населення»;

- сприяння здоровому способу життя й зменшення екологічних, соціальних і поведінкових чинників ризику для здоров'я людей;

- приведення у відповідність до потреб населення послуг, що дозволяють реалізовувати його зростаючу увагу до власного здоров'я;

- надання високоякісної, сучасної та доступної інформації з питань здорового способу життя, а також вироблення тактичних і стратегічних рішень в сфері громадського здоров'я, підвищення його потенціалу [45].

Публічне управління розвитком громадського здоров'я здійснюється через спеціально уповноважені органи публічної влади, що забезпечують контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв і вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього природного середовища та санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності в цій сфері [52].

Реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на:

- *Президента України*: виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я; забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів публічного управління;

– *Кабінет Міністрів України*: організація розробки та здійснення комплексних і цільових загальнодержавних програм; створення економічних, правових та організаційних механізмів, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я; забезпечення розвитку мережі підприємств охорони здоров'я; укладання міжурядових угод і координація міжнародного співробітництва з питань охорони здоров'я;

– *міністерства, відомства та інші центральні органи державної виконавчої влади*: здійснення державного контролю і нагляду; визначення єдиних науково-обґрунтованих державних стандартів, критеріїв і вимог, які сприяли б охороні здоров'я населення; формування й розміщення державних замовлень з метою матеріально-технічного забезпечення галузі;

– *Міністерство охорони здоров'я України*: забезпечення проведення епідеміологічного нагляду за інфекційними та неінфекційними хворобами, моніторинг і реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, у т.ч. проведення епідеміологічних розслідувань (із залученням відповідальних органів виконавчої влади та місцевого самоврядування), що мають загальнодержавне значення; розробка, супровід впровадження та моніторингу державних програм у сфері громадського здоров'я (вакцинація, протидія ВІЛ-інфекції/СНІДу...); виконання функцій референс-лабораторій за основними видами лабораторних досліджень і головного дослідного центру з виявлення та вивчення збудників особливо небезпечних інфекційних хвороб з утриманням національної колекції штамів збудників особливо небезпечних інфекційних хвороб, забезпечення функціонування державної мережі лабораторій для реагування на надзвичайні події у сфері громадського здоров'я (лабораторії з рівнем захисту не нижче BSL-2); оцінки ризиків для громадського здоров'я; надання практичної допомоги органам охорони здоров'я (за їх запитом) на регіональному та місцевому рівнях у ліквідації спалахів інфекційних хвороб і неінфекційних захворювань/отруєнь, медичних наслідків стихійних лих тощо; моніторинг стану здоров'я населення, здійснення причинно-наслідкового аналізу щодо впливу факторів навколишнього природного середовища

(забруднення довкілля, харчування, професійне середовище тощо) на стан здоров'я населення, розроблення пропозицій для ухвалення політичних рішень; підготовка пропозицій щодо удосконалення законодавчої бази, державних програм і національних планів заходів у сфері громадського здоров'я; забезпечення міжнародного співробітництва у цій сфері з інтеграцією України до міжнародних систем епіднадзора, виконання функцій контактної пункту України з дотримання Міжнародних медико-санітарних правил; відновлення спроможності щодо виробництва вакцин, експрес-тестів для збудників особливо небезпечних інфекційних захворювань й інших матеріалів для лабораторної мережі; організаційно-методологічного керівництва центрами громадського здоров'я органів місцевого самоврядування; планування та організація загальнонаціональних комунікаційних кампаній, спрямованих на популяризацію здорового способу життя, зміцнення здоров'я населення [78].

В умовах становлення вітчизняної системи громадського здоров'я України, незважаючи на те, що у 2016 р. окремі функції Держсанепідагляду було передано до Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів і захисту споживачів, Державної служби України з питань праці, радіологічні підрозділи лабораторних центрів, в основному, виконують свої функції із забезпечення радіаційної безпеки населення України [4]. Також функції громадського здоров'я частково виконують інші державні органи влади та органи місцевого самоврядування, які не належать до системи охорони здоров'я, – Державна екологічна інспекція, Державна ветеринарна служба, ДСНС, Державна архітектурно-будівельна інспекція та інші [38].

В Україні вже створена така агенція – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ» (далі – Центр) [63], яка виконує такі функції: опрацювання проєктів політики й стратегії у сфері громадського здоров'я; формування національних і регіональних структур у цій сфері; розробка та реалізація комплексних заходів і програм з профілактики й лікування захворювань, що спричиняють соціально-демографічний вплив та економічні наслідки; участь у моніторингу ефективності профілактичних програм для груп [63]; відповідає за збереження

та зміцнення здоров'я населення, соціально-гігієнічний моніторинг захворювань, епідеміологічний нагляд і біологічну безпеку, групову та популяційну профілактику захворюваності, боротьбу з епідеміями та стратегічне управління у сфері громадського здоров'я [46].

Обласні центри громадського здоров'я почали створювати в 2017 р. задля реалізації публічного управління громадським здоров'ям на території областей. Так, проводилась активна робота в рамках Проєкт Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні щодо забезпечення охоплення соціальними послугами уразливих груп населення. Проєкт здійснювався в рамках «Плану 20-50-80». Також за допомогою цього фонду був реалізований пілотний проєкт щодо розвитку регіональних систем громадського здоров'я в 6 регіонах України: м. Київ, Сумська, Херсонська, Полтавська, Рівненська та Чернігівська області. Поступово робота Центру стабілізувалась і були окреслені стратегічні напрями його діяльності: 1) нормотворення на регіональному рівні в сфері громадського здоров'я; 2) адвокація громадського здоров'я; 3) підготовка й підвищення кадрового потенціалу і професійного рівня працівників в сфері громадського здоров'я; 4) забезпечення Центру основними компонентами інституційної сталості [26]. До функцій Центру віднесено здійснення державного соціально-гігієнічного моніторингу, тобто системи спостереження, аналізу, оцінки і прогнозу стану здоров'я населення й середовища життєдіяльності людини для виявлення причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення та впливом на нього факторів довкілля [32]. Здійснення моніторингу необхідно проводити на державному рівні на підставі єдиної по державі відповідної програми, яка наразі розробляється [56].

Реалізуюючи повноваження у сфері охорони здоров'я, виконавчі органи сільських, селищних і міських рад наділені власними повноваженнями, а саме, управління КНП, оздоровчими закладами, які належать територіальним громадам або передані їм, молодіжними підлітковими закладами за місцем проживання, організація їх матеріально-технічного і фінансового забезпечення; організація медичного обслуговування та харчування у закладах освіти,



культури, фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, які належать ОТГ або передані їм; сприяння роботі творчих спілок, національно-культурних товариств, асоціацій, інших громадських і неприбуткових організацій, які діють у сфері охорони здоров'я; та делегованими повноваженнями: 1) забезпечення у межах наданих повноважень доступності й безоплатності медичного обслуговування на відповідній території; 2) забезпечення відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я [52] розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на кадри для КНП, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів; 3) забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення; 4) реєстрація відповідно до законодавства статутів (положень) розташованих на відповідній території підприємств охорони здоров'я незалежно від форм власності; внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я.

Повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я виявляються при реалізації повноважень у сфері соціального захисту населення виконавчі органи сільських, селищних, міських рад вирішують питання про надання пільг і допомоги, пов'язаних з охороною материнства і дитинства; вирішують питання щодо надання працівникам охорони здоров'я, які працюють у сільській місцевості, встановлених законодавством пільг. При реалізації повноважень з управління комунальною власністю органи місцевого самоврядування приймають рішення про створення, ліквідацію, реорганізацію та перепрофілювання підприємств охорони здоров'я комунальної форми власності відповідної територіальної громади; заслуховують звіти про роботу керівників КНП відповідних ОТГ.

Районні та обласні ради делегують відповідним місцевим державним адміністраціям наступні повноваження у сфері охорони здоров'я. Так, районні

та обласні державні адміністрації забезпечують відповідно до законодавства розвиток охорони здоров'я; сприяють відродженню осередків асоціацій, інших громадських і неприбуткових організацій, які діють у сфері охорони здоров'я та є підзвітними й підконтрольними у цій частині повноважень, які їм делеговані, а також у виконанні рішень рад з цих питань [57].

Послуги щодо охорони громадського здоров'я на рівні громад планується також надавати силами закладів первинної медичної допомоги, неурядовими організаціями шляхом укладання угод з регіональними центрами громадського здоров'я. Окрім того, в ОТГ передбачається робота фахівців у сфері громадського здоров'я, які спроможні оцінювати стан здоров'я мешканців громади, визначати чинники ризику для окремих груп населення, надавати органам місцевого самоврядування пропозиції щодо реалізації програм скринінгів і виконувати інші функції громадського здоров'я. Ця різноманітність потребує унормування, створення певної системи, єдиних правил [40].

Вищенаведені органи публічного управління здійснюють свою діяльність відповідно до положень чинної нормативно-правової бази, як-от: Конституція України; Основи законодавства України про охорону здоров'я; Закони 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», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»; Указ Президента України «Про затвердження Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020»»; Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я»; Наказ МОЗ «Про затвердження Порядку ведення обліку, звітності й епідеміологічного нагляду (спостереження) за інфекційними хворобами та Переліку інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації» та ін.

Згідно з «Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років», основною функцією держави у сфері профілактичної медицини та громадського здоров'я повинна бути «розробка політики й стратегії у сфері профілактики хвороб, охорони і промоції здоров'я» [48]. Виконання цього завдання передбачає реорганізацію служби медико-профілактичного забезпечення населення з «переносом» уваги лікарів-профілактиків з контролю за безпекою умов життєдіяльності населення на забезпечення належного рівня його здоров'я [3].

У Національній стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» на основі результатів аналізу світового досвіду та сучасного стану розвитку вітчизняної системи оздоровчої рухової активності визначено створення умов для підвищення рівня залучення населення до оздоровчої рухової активності, що сприятиме розв'язанню гуманітарних і соціально-економічних проблем для особи, суспільства та держави, зміцненню та збереженню здоров'я людей як найвищої соціальної цінності шляхом забезпечення реалізації права особи на оздоровчу рухову активність [58].

Згідно з положеннями Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права державна політика України у сфері забезпечення громадського здоров'я інструментально має бути спрямована на реалізацію відповідних критеріїв, серед яких: наявність медичних послуг у кількості, що задовольняє попит (з урахуванням рівня економічного розвитку країни); прийнятність медичних послуг з етичної точки зору (згода, конфіденційність), з повагою до потреб окремих осіб, меншин та спільнот, уразливих верств населення; якість медичних послуг, які обґрунтовані з наукової медичної точки зору; доступність медичних послуг, у т. ч. завдяки запобіганню дискримінації, створенню можливостей для фізичного та географічного доступу цих послуг, урахуванню потреб особливих груп (діти, літні люди), забезпеченню доступу до інформації щодо існуючих методів лікування [37].

У 2016 р. Уряд схвалив Концепцію розвитку системи громадського здоров'я визначає засади, напрями, завдання, механізми і строки розбудови системи громадського здоров'я з метою формування та реалізації ефективної державної політики для збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості й покращання якості життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства. На підставі цього визначено засади формування системи громадського здоров'я, серед яких: право на здоров'я та охорону здоров'я; солідарної відповідальності; цілісного підходу до здоров'я; пріоритетності збереження здоров'я населення в усіх напрямках діяльності органів публічної влади; досягнення справедливості щодо здоров'я; доказовості та економічної доцільності [62], й передбачає переорієнтацію з лікування на профілактику населення [2] на основі функціонально-організаційної моделі [70; 71; 77; 78].

Бюджетна програма «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» передбачає комплексний підхід до аспектів громадського здоров'я – вперше у 2020 р. усі напрями громадського здоров'я фінансуватимуться з однієї бюджетної програми. Імунопрофілактика, розвиток людських ресурсів, профілактика неінфекційних захворювань, заходи із боротьби з епідеміями, пропагування здорового способу життя, профілактика ВІЛ, епідеміологічний нагляд за інфекційними захворюваннями – основні завдання програми. У рамках програми передбачено придбання медикаментів для лікування ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, гепатитів В і С, витратні матеріали та тест-системи для діагностики, супроводу і моніторингу перебігу ВІЛ-інфекції, замісну підтримувальну терапію, антиретровірусну терапію (АРВТ) для дорослих, підлітків і дітей, імунобіологічні препарати, лікарські засоби для пацієнтів з інфекційними захворюваннями, що супроводжуються високим рівнем летальності, а також необхідні матеріали для забезпечення розвитку донорства крові та її компонентів. Загалом на фінансування програми передбачено понад ₴ 3 млрд. Для її реалізації необхідно ухвалити Постанову Кабінету Міністрів

України про затвердження порядку використання коштів державного бюджету та накази Міністерства охорони здоров'я України про затвердження переліку послуг громадського здоров'я, порядку їх надання та методики розрахунку очікуваної вартості даних послуг. Для регулювання системи громадського здоров'я розроблено стратегічний комплексний законопроект «Про систему громадського здоров'я та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя». Він об'єднує існуючі Закони України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та «Про захист населення від інфекційних хвороб», а також вводить нові положення щодо регулювання системи громадського здоров'я. Зокрема, законопроектом врегульовуються питання щодо діяльності установ із профілактики та контролю хвороб, регіональних центрів громадського здоров'я та компетентного органу в сфері контролю за дотриманням санітарного законодавства. Означений проект має за мету зміцнити та розширити можливості Центру громадського здоров'я МОЗ та Директорату громадського здоров'я МОЗ за умов розвитку системи громадського здоров'я, побудувати сучасну систему безпеки крові в Україні. Реалізація проекту здійснюється Consulting Group GmbH і Національним інститутом охорони здоров'я та соціального забезпечення і триватиме до 12.05.2022 р. Його фінансуватиме ЄС, бюджет – близько € 3 млн [33].

Нормативно-правовий інструмент публічного управління розвитком громадського здоров'я також передбачає врахування основних положень Європейської соціальної хартії, відповідно до якої країни, зобов'язуються самостійно або у співробітництві з громадськими чи приватними організаціями вживати відповідних заходів для того, щоб: 1) усунути, по можливості, причини слабого здоров'я; 2) забезпечити діяльність консультативно-просвітницьких служб, які сприятимуть поліпшенню здоров'я й підвищенню особистої відповідальності за стан здоров'я; 3) запобігати, по можливості, епідемічним, ендемічним, іншим захворюванням, а також нещасним випадкам [37].

Метою публічного управління розвитком громадського здоров'я визначено кардинальне, системне реформування, спрямоване на створення

системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинених країн Європи [60].

Визначено такі пріоритети публічного управління розвитком громадського здоров'я, як нагляд і моніторинг захворюваності, реагування на спалахи хвороб, вакцинація, лабораторна діагностика загроз для здоров'я, безпечність води, харчових продуктів і середовища життєдіяльності (включаючи вплив чинників навколишнього середовища й виробництва) [48].

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 [30].

Забезпечення громадського здоров'я можливе тільки шляхом проведення певних заходів – організаційних, фінансових, правових і суто медичних, що підтверджує складність цього явища й необхідність управління ним [45].

Отож, наразі в Україні сформовано інституціональне та нормативно-правове забезпечення публічного управління розвитком громадського здоров'я.

## РОЗДІЛ 2

### СТАН ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

#### 2.1 Результативність публічного управління розвитком громадського здоров'я в Україні

У ХХІ ст. відбулась деконструкція структури смертності, зумовлена новими тенденціями й перспективами боротьби з певними захворюваннями. Відтак, якщо у ХХ ст. найбільш поширеними захворюваннями, які призводили до тотальної смертності людей, були інфекційні захворювання, то нині завдяки новим досягненням у медицині та інноваційними відкриттями щодо лікування певних захворювань головною причиною смертності громадян у загальнопланетарному масштабі – це хронічні захворювання, серед яких серцево-судинні, онкологічні, нейропсихічні, ендокринні [37]. Зміні характеру захворюваності, сприяла швидка зміна способу життя, яка призвела до порушення адаптації людини в навколишньому середовищі, що вирвало людину з її звичних умов, внаслідок чого утворились нові хвороби цивілізації» [96]. Це свідчить про те, що новітні ритми соціального життя породили нову об'єктивну реальність, у межах якої людина опинилася в ситуації абсолютної незахищеності перед адаптаційними вимогами до неї, а відтак, не маючи можливості адаптуватися до нової реальності, людина стикається із сучасними захворюваннями. Отже, основною причиною захворювань сучасної цивілізації є неспроможність пристосуватися людини до умов навколишньої дійсності. Здебільшого йдеться про здатність людини органічно володіти імунітетом медико-соціальної адаптації до умов об'єктивної реальності та її функціональну спроможність трансформувати таку реальність відповідно до власних потреб індивідуальної життєдіяльності [37].

Останні десятиліття відзначилися низкою позитивних світових досягнень в сфері охорони здоров'я: вдалося подолати ряд інфекційних хвороб, збільшити

середню тривалість життя, забезпечити стрімкий розвиток сучасних медичних технологій, зокрема, генної інженерії, розробити нові покоління лікарських засобів, підвищити професіоналізм медичного персоналу тощо. Але разом з цим з'явилися нові глобальні виклики: епідемія хронічних неінфекційних захворювань, різке постаріння населення, швидка поширеність інфекційних хвороб через високу мобільність населення, мультирезистентні форми мікроорганізмів, зростання вартості медичних послуг в умовах обмежених фінансових ресурсів та ін. [19]. Сучасний стан громадського здоров'я в Україні характеризується як кризовий. Про це свідчать негативні тенденції статистичних показників, а саме: показники відтворення населення, розвитку дітей, запасу фізичних сил у дорослого населення та адаптації населення до умов навколишнього середовища [5]. Популяційне здоров'я населення України характеризується високою смертністю від неінфекційних захворювань, вираженим демографічним постарінням, високим рівнем первинної захворюваності працездатного населення, поліморбідністю у старшому віці [16]; різким вираженням феномена чоловічої «надсмертності», коли смертність чоловіків у середній віковій категорії (25–44 роки) майже в 4 рази перевищує смертність жінок аналогічного віку; низькою очікуваною тривалістю життя, в результаті чого розрив із середньоєвропейськими показниками становить понад 6, а з показниками країн ЄС – понад 10 років; найвищим в Європі темпами депопуляції [109]; Україна посіла друге місце в Європі, де кожен четвертий помирає в працездатному віці, щорічно майже із 4 % домогосподарств стається фінансова катастрофа через хворобу члена родини, а 92 % громадян відчують таку загрозу, понад 40 % українців потерпають від поганої якості життя, високий ступінь стресу та стомлюваності [37].

Показник поширеності суїцидів у сільського населення склав 28,46 на 100 тис. населення. Сільські жителі в 1,8 рази частіше скоюють самогубства, ніж міські. Серед чинників, що потенціюють суїцидальний ризик, першорядне значення має зловживання алкоголем і його сурогатами. У структурі психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин у



сільського населення перше рангове місце займають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю [34].

Україна взяла на себе зобов'язання імплементації Угоди про асоціацію у сфері «Громадське здоров'я», яка сприяє досягненню Цілей сталого розвитку: «Міцне здоров'я і благополуччя», «Якісна освіта», «Чиста вода та належні санітарні умови», «Збереження морських ресурсів», «Захист та відновлення екосистем суші». Також передбачено: гармонізацію українського законодавства та практик у сфері охорони здоров'я зі стандартами ЄС, зокрема це стосується профілактики інфекційних захворювань, системи безпеки крові й боротьби з тютюнопалінням; розширення співробітництва щодо реформування охорони здоров'я [2]. У грудні 2019 р. в Україні розпочав свою роботу проєкт ЄС «Надання підтримки Україні в розвитку сучасної системи громадського здоров'я», який покликаний надати Уряду підтримку в реалізації реформи громадського здоров'я в рамках зобов'язань відповідно до Угоди про асоціацію між Україною та ЄС. Україна залишається однією із країн із короткою тривалістю життя в Європі й високим рівнем захворюваності. Ключовим завданням і абсолютним пріоритетом формування сучасної європейської сфери громадського здоров'я є завдання із профілактики й покращання здоров'я громадян. За підтримки ЄС планується запровадження найкращих міжнародних практик, оновлення законодавства та закріплення сучасного підходу до громадського здоров'я в українських реаліях [75]. Експерти проєкту надають рекомендації щодо розробки законів і нормативно-правових актів, Також важливим є новий підхід у проведенні аналізу та впровадженні провідних практик ЄС, проте й досі відсутній дієвий механізм (алгоритм) роботи Регіональних центрів громадського здоров'я. Підкреслимо, що це вимагає від керівників на регіональних рівнях формування власного бачення, виходячи з особливостей регіону, його потреб і можливостей, зокрема з огляду на ресурсне забезпечення [2]. Визнаючи, що нині Україна продовжує залишатися в статусі країни з одним з найвищих рівнів поширення ВІЛ-інфекції в Європі, Глобальна стратегія прискорення закликає Уряд України до пошуку новаторських і

невідкладних рішень для досягнення амбітних цілей 90–90–90 та покладає додаткову відповідальність за впровадження стратегічних змін і досягнення відчутних результатів у відповідь на епідемію ВІЛ [73].

Україна мала досвід як ефективних, так і неефективних програм у сфері громадського здоров'я. Прикладом перших може слугувати державна соціальна програма зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення [41], а других – програма імунопрофілактики та захист населення від інфекційних хвороб [53], причини недоліків і неефективності якої, у т.ч. на рівні комунікативних стратегій, вимагають комплексного вивчення, узагальнення та нагальної корекції [6].

МОЗ України вже зробило певні кроки до охорони громадського здоров'я:

- прийнято політичне рішення щодо повернення функцій епіднадзора до МОЗ;
- створено Центр громадського здоров'я, обрано його генерального директора та забезпечується приєднання до нього лабораторних центрів;
- розроблено і погоджено проект концепції реформування системи громадського здоров'я;
- проведено оцінку Європейською Комісією та Європейським центром контролю за захворюваннями з питань системи епіднадзора за інфекційними захворюваннями;
- приєднано до міжнародної ініціативи «Глобальний порядок денний з питань здоров'я», проведено оцінку його Міжнародною робочою групою, напрацьовується дорожня карта імплементації;
- ініційовано відновлення розробки нової Концепції розбудови системи біобезпеки та біозахисту;
- відновлено співпрацю з США щодо програми з питань біобезпеки, розпочалася підготовка до впровадження електронної інтегрованої системи спостереження за захворюваннями;
- продовжується оцінка лабораторної мережі з метою подальшої оптимізації;

- проведено оцінку сфери безпеки крові;
- оновлено структуру й штатний розпис Центру, затверджено штатний розпис Центру на першому етапі, проведено консультації та розпочато процес реорганізації [17; 49].

Загальновідомо, що у профілактиці закладено великий оздоровчий потенціал, адже профілактика захворюваності населення є найбільш стійкою стратегією в довгостроковій перспективі, що дає змогу нівелювати ризики захворюваності на найбільш соціально значущі хвороби. Проте в Україні до профілактики хронічних хвороб уваги з боку вищого державного керівництва приділяється все ще недостатньо. Тому виникає необхідність розроблення сучасних програм для розв'язання проблем профілактики, як інфекційних, так і неінфекційних захворювань у сфері громадського здоров'я [15].

Більшість респондентів інформовані про створення системи громадського здоров'я в країні (від 60,7 % лікарів які працюють в містах до 87,8 % лікарів, які працюють в сільській місцевості) та підтримують її створення (від 50,8 % лікарів, які працюють в містах до 67,8 % організаторів охорони здоров'я, які працюють в сільській місцевості). Готовими співпрацювати із системою громадського здоров'я є 82,6 % організаторів охорони здоров'я, 67,0 % лікарів загальної практики-сімейних лікарів і 63,9 % лікарів. При цьому готовими працювати в системі громадського здоров'я є 39,5, 43,4 та 41,4 %, відповідно.

Організатори охорони здоров'я, лікарі загальної практики-сімейні лікарі та лікарі відповідно в такий спосіб оцінюють можливі результати впровадження системи громадського здоров'я:

- покращання здоров'я населення України: 57,7; 42,0 та 44,2 %;
- зниження смертності населення працездатного віку: 50,5; 39,7 та 46,9 %;
- підвищення рівня санітарно-гігієнічних знань і санітарно-гігієнічної культури: 70,1; 56,8 та 52,8 %;
- зниження захворюваності населення на інфекційні хвороби в т.ч. ВІЛ/СНІД та туберкульоз: 51,9; 40,8 та 46,1 % [348, с. 193];
- підвищення рівня біобезпеки в державі: 45,3; 37,2 та 42,8 %;

- покращання екологічної ситуації в державі: 41,6; 35,4 та 38,3 %;
- підвищення рівня якості життя населення: 38,5; 36,0 та 39,2 %;
- підвищення рівня протиепідемічної роботи: 58,8; 52,7 та 49,0%;
- підвищення рівня відповідального ставлення населення до особистого здоров'я: 59,6; 49,0 та 49,2 % [79].

Вакцинація – один з найбільш успішних і економічно ефективних заходів профілактики інфекційних захворювань з-поміж усіх, що існують сьогодні. За винятком використання чистої питної води, жодні інші заходи, навіть застосування антибіотиків, не здійснили такого значного впливу на зниження рівня смертності, як використання вакцин [8]. Вакцинація відіграє важливу роль в забезпеченні здорового старіння. З огляду на підвищену сприйнятливість до інфекційних захворювань через старіння імунітету, коморбідність, знижену відповідь на терапію, застосування великої кількості лікарських засобів і часте перебування в медичних закладах людям похилого віку рекомендований певний набір щеплень. До списку входять: імунізація проти кашлюку для підвищення якості життя та вакцинація проти грипу, пневмококової інфекції, гепатиту А, дифтерії та правця – для зниження рівня смертності [63]. Водночас вакцинація від пневмокока і грипу захищає від серцево-судинних захворювань, зменшуючи загальний тягар для системи охорони здоров'я [8]. Щеплення допомагають обмежити зростання антибіотикорезистентності – явища, яке набуває масштабу глобальної загрози здоров'ю та безпеці людства [41]. Найгірша ситуація щодо захворюваності на кір у Європі спостерігається в Україні, де на початок 2016 р. другу дозу вакцини проти кору, паротиту та краснухи, згідно з національним календарем щеплень, отримали лише 31 % дітей (проти 95 % у 2008 р.). Загрозлива ситуація склалася в Україні і щодо охоплення населення імунізацією проти дифтерії, правця, поліомієліту та кашлюку: так, у 2016 р. три рекомендовані дози вакцини АКДП отримали лише 19 % дітей, а три рекомендовані дози оральної поліовакцини – 56 % дітей [9].

Загострення епідеміологічної ситуації пришвидшує реформування сфери громадського здоров'я в Україні на рівні рішень Уряду. Так, вказано вжити

заходи до переведення працівників обласних центрів громадського здоров'я до лабораторних центрів МОЗ, а обласним державним адміністраціям необхідно було вжити до 01.07.2021 р. заходів щодо реорганізації шляхом приєднання обласних центрів громадського здоров'я до закладів охорони здоров'я відповідних адміністративно-територіальних одиниць [26].

На проведення епідеміологічного нагляду (спостереження), діяльності лабораторних підрозділів Центру громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями, сума державних видатків у 2020 р. складає близько € 3290,7 млн, що на 259,3 % більше ніж у 2016 р. [42].

На фоні поширення коронавірусу COVID-19 питання розвитку системи громадського здоров'я в регіонах набуло додаткової актуальності. Особливо гостро в сучасних умовах стає питання активної промоції вакцинації від коронавірусної інфекції з боку представників центрів громадського здоров'я. Також вказані центри потребують матеріально-технічного дооснащення і посилення власного кадрового складу. Для вирішення цих завдань необхідно на регіональному рівні стратегічно планувати заходи з розвитку системи громадського здоров'я [26]. На реалізацію заходів за цією програмою було передбачено (за рахунок коштів державного, обласного, місцевих бюджетів на коштів міжнародних фондів) на 2020–2021 роки – € 63 млн (€ 31 млн на перший рік і € 32 млн, відповідно – на другий). Планувалось, що половина цих коштів буде надана міжнародними фондами на безповоротній основі як допомога [74]. З Державного бюджету та за рахунок Глобального фонду були профінансовані всі заплановані витрати на 100 %.

Новим викликом для системи громадського здоров'я України є наміри запровадження в розвинутих країнах світу паспортів вакцинації. Відповідно, вітчизняні фахівці громадського здоров'я повинні вже тепер готувати проекти законодавчих і нормативно-правових актів, консультувати органи публічної влади й управління та населення щодо масового вимушеного запровадження таких паспортів вакцинації. З огляду на необхідність підтримки Україною соціальних, економічних і культурних контактів з розвинутими країнами світу,

наша держава буде поставлена перед безальтернативним вибором здійснити гармонізацію власного законодавства в сфері епідеміологічного нагляду із законами країн ЄС. Вказаний сучасний аспект COVID-паспортизації потужно актуалізує регіональний і загальнодержавний розвиток сфери громадського здоров'я [26].

Міністерство цифрової трансформації з початку квітня 2020 р. запустило в рамках роботи цифрової платформи «Дія» мобільний застосунок «Дій вдома» для контролю режиму обсервації та самоізоляції під час карантину. Додатком зобов'язані будуть користуватися люди, які повернулися з-за кордону і підлягають обсервації, або хворі й знаходяться на домашньому лікуванні, а також особи з підозрою на коронавірусну хворобу. Невикористання мобільного додатку буде прирівнюватися до порушення режиму і спричинить накладення адміністративного штрафу. Додаток працює шляхом надсилання користувачеві push-повідомлень. У момент отримання такого push-повідомлення людині потрібно сфотографуватися із зазначенням власної геолокації. Фото будуть перевірятися на достовірність за допомогою штучного інтелекту. Якщо буде порушений режим карантину, або програма не буде використовуватися, то до порушника застосовуватимуться штрафні санкції [7]. Використання електронних інструментів у сфері громадського здоров'я, особливо під час всесвітньої пандемії, додає державі та регіональним органам публічної влади важелів впливу для контролю над ситуацією. Однак відкритим залишається питання балансу між дотриманням суспільної санітарно-епідеміологічної безпеки й збереженням демократичних прав і свобод людини [30].

Отож, вітчизняна сфера охорони здоров'я допоки не може похизуватись доступністю якісних медичних послуг і дієвістю заходів по профілактиці захворюваності та передчасної смертності тощо. Більше за те, попри певні позитивні зрушення внаслідок медичної реформи, погіршення епідеміологічної ситуації здебільшого негативно позначилось на стані громадського здоров'я (передусім, через те, що COVID-19 негативно впливає на імунну систему людини, провокуючи загострення наявних хвороб).

## 2.2 Проблеми розвитку громадського здоров'я

Фрагментарна роль держави у процесах охорони здоров'я чітко простежується через наявність системних проблем, які із новою гостротою артикулюються за умови відсутніх механізмів і прийомів їх вирішення, що негативно позначається на сфері національної безпеки держави [19]. Для більшості пострадянських держав деконструкція сфери охорони здоров'я та криза громадського здоров'я підсилюють фрагментарну роль держави в умовах несталих і незбалансованих ситуацій. Аби досягнути відповідного рівня збалансованості й попередити можливість виникнення та поширення кризових ситуацій на державному рівні мають бути чітко ідентифікованими основні причини кризи у сфері охорони здоров'я, що слугуватиме дефрагментації ролі держави у даному процесі. До таких причин, які чітко символізують фрагментарну роль держави у сфері охорони здоров'я традиційно належать:

- різке скорочення фінансування реалізації відповідних дослідницьких і профілактичних проектів у сфері охорони здоров'я, які слугують підвищенню якості показників налагодження суспільної життєдіяльності;

- порушення єдності правил системного управління, розрив між компонентами та важелями управління системою охорони здоров'я, яка володіє властивостями управління та самоуправління. Для того, аби вона гарантувала відповідний рівень результативності мають бути чітко ідентифіковані відповідні закономірності управління системами, розроблена синергійна вертикаль інфраструктури складної системи [66];

- відсутність єдиної системи охорони здоров'я (за наявності державної, відомчої, правоохоронної, акціонерної, приватної та організацій різних інституційно-правових форм, які надають медичні послуги), що «розмиває» єдину функціональну лінію медичного забезпечення населення;

- діаметральна відмінність поособового фінансування медичної допомоги, що зумовлює перехід на одноканальне фінансування охорони здоров'я через систему обов'язкового медичного страхування;

- відсутність лікарських страховок [97];
- низький рівень розвитку інфраструктури та ресурсного забезпечення охорони здоров'я, що передбачає використання ліків, медичної апаратури іноземних виробників;
- відсутність стимулів для інвестицій та платежів фізичних і юридичних осіб у системі охорони здоров'я, що не дозволяє знизити частинку тінього сектору економіки [76];
- низька мотивація керівників, працівників і страхових компаній щодо забезпечення інтересів громадян;
- відсутність стратегічного бачення держави, декларативність у ставленні до системи охорони здоров'я та доцільності її модернізаційного реформування завдяки запровадженню сучасних законодавчих принципів та норм;
- відсутність науково-обґрунтованої стратегії законотворчої діяльності у сфері охорони здоров'я [58];
- неврегульованість відносин між суб'єктами законодавчої ініціативи щодо питань охорони здоров'я та інструментів його забезпечення з боку безпекових інституцій, спираючись на позитивний західноєвропейський досвід;
- достатньо низький рівень громадської участі у законотворчій та експертній діяльності з питань охорони здоров'я та перетворення її на стратегічний пріоритет національної безпеки держави;
- нерозвиненість публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та системи збалансування медичних послуг населенню, виходячи з об'єктивності їх потреб і вимог;
- слабкість громадських інститутів контролю за системою охорони здоров'я, а також ефективної системи стимулювання здорового способу життя з боку держави та громадянського суспільства [37];
- незбалансованість державних гарантій та фінансів при наданні безкоштовної медичної допомоги [96];
- низький рівень профілактики та питомої ваги медичних послуг, які надаються на рівні первинної медико-санітарної допомоги;



– відсутність зв'язку між якістю та доступністю медичних послуг і видатками на її фінансування, а також брак мотивації медичних працівників до якісної праці;

– нераціональна структура системи охорони здоров'я (на 100 тис. населення в Україні припадає 5,6 лікарень, аналогічний показник в країнах ЄС – 810 – 2,6; кількість ліжок-місць в Україні – 868 на 100 тис. населення, у країнах ЄС – 810 – 644; кількість лікарів на 100 тис. населення в Україні – 302, у ЄС – 810 – 261);

– деформація структури видатків на охорону здоров'я (86 % бюджетних коштів, що виділяються на охорону здоров'я, витрачається на утримання закладів охорони здоров'я та оплату праці медичних працівників);

– дублювання медичних послуг і відсутність механізму управління потоками пацієнтів на різних рівнях надання медичних послуг;

– низький рівень самостійності закладів охорони здоров'я при використанні кадрових, фінансових і матеріально-технічних ресурсів [53];

– низька законотворча активність суб'єктів законодавчої ініціативи, що супроводжується складністю проходження законопроектів про охорону здоров'я у парламенті [67];

– недосконалість нормативно-правових актів, які впливають на створення умов для поліпшення стану здоров'я населення та підвищення ефективності використання в системі охорони здоров'я людських, матеріально-технічних і фінансових ресурсів в умовах ринкової економіки [66];

– значна відмінність у доступності та якості медичної допомоги між державним, регіональним, обласним, районним і сільським рівнем охорони здоров'я, а також для багатих та бідних верств населення;

– непрофесійна кадрова політика, яка супроводжується дефіцитом кадрів первинної ланки та кваліфікованих кадрів вищого сегменту медичної вертикалі й відсутність належного професійного саморегулювання;

– відсутність єдиного інформаційного простору (реєстру застрахованих, хворих, ліків, телемедицини [76];

- незадовільний стан здоров'я населення з тенденцією до його погіршення;
- високий рівень смертності населення в працездатному віці та смертності дітей з надсмертністю чоловіків працездатного віку;
- низький рівень медико-санітарної грамотності населення та відповідального ставлення до власного здоров'я;
- високий рівень поширеності факторів розвитку ХНІЗ і негативного впливу на здоров'я соціальних детермінант;
- несвоєчасність звернення по медичну допомогу, що призводить до хронізації захворювань, звернення при занедбаних випадках хворого та високого рівня інвалідизації населення;
- відсутність умов, які забезпечують дотримання здорового способу життя;
- неефективність структури системи громадського здоров'я та низький рівень зацікавленості осіб, що приймають рішення на всіх рівнях управління в її розвитку [72];
- масштабний тягар хронічних неінфекційних захворювань;
- критичні рівні охоплення вакцинаціями;
- поширення ВІЛ-інфекції/СНІД та туберкульозу;
- неготовність існуючої системи біологічної безпеки країни і регіону до відповіді на сучасні глобальні виклики (в т.ч. щодо захисту від біотероризму);
- система обліку та звітності про захворювання в області часто є дублюючою;
- відсутні на рівні держави системи обліку і моніторингу захворюваності, що функціонують у режимі реального часу;
- застаріла, не адаптована до європейської, система санітарних норм;
- недостатність кадрового ресурсу в сфері громадського здоров'я та невисока професійна кваліфікація існуючих фахівців галузі [74].

Так, дефіцит держбюджету, девальвація гривні на тлі вираженої корупції призводить до зменшення спроможності держави забезпечувати реалізацію

соціальних програм і заходів та функціонування національної системи охорони здоров'я. З іншого боку, зниження доходів більшості населення, поширення безробіття, зростання чисельності традиційних груп ризику та поява нових в умовах поглиблення санітарно-епідеміологічного неблагополуччя та хронічного стресу призводить до зростання соціальної напруги, робить проблематичним дотримання здорового способу життя. Зумовлена як економічними, організаційними та кадровими негараздами, так і неефективністю управління на всіх рівнях системна криза охорони здоров'я загострюється з неминучим зниженням якості, доступності й безпеки медичної допомоги та ліків. Наслідком є істотне погіршення громадського здоров'я з підвищенням рівня передчасної смертності, порушення функціонування системи охорони здоров'я (до настання її колапсу) [42].

Небезпека у сфері громадського здоров'я є результатом протиріччя між інтересами суспільства, його певними стратами та власне державою що характеризує відсутність єдиної стратегічної лінії у забезпеченні стабільної фізичної життєдіяльності суспільства. Це у такий спосіб перешкоджає виробленню та запровадженню «лаконічних» форм суспільного розвитку, які детерміновано залежні від якості життєдіяльності нації та держави, як гаранта забезпечення такої якості. Остання залежить від конкретних умов, у яких функціонує нація і відповідно до яких артикуються засоби стримування небезпеки, що загалом блокують забезпечення національної безпеки [37]. Варто акцентувати увагу на соціальних загрозах, які становлять небезпеку у сфері громадського здоров'я, формуються в результаті впливу певних антагоністичних протиріч, які супроводжуються зіткненням конфронтаційних інтересів щодо забезпечення якості життєдіяльності нації. Полярність концепцій і підходів до забезпечення громадського здоров'я призводить до зіткнення конфронтаційних інтересів вищого рівня, поглиблюючи небезпеку у даній сфері. Це породжує потенційну та реальну загрозу реалізації здоров'я як стратегічно важливого інтересу стабільної життєдіяльності нації, що безпосередньо трансформується у цілісну небезпеку у сфері громадського

здоров'я. Співпадіння таких концепцій і підходів, їх паралельність і розходження є перманентною умовою виникнення певних форм небезпеки у сфері громадського здоров'я, що зумовлює небезпеку національного розвитку держави. У даному контексті доцільно вказати на прояв діалектичної взаємодії між життєво важливими інтересами особистості, суспільства та загрозами національної безпеки, яка є результатом відсутності належної уваги з боку останньої до проблем громадського здоров'я [25].

Протягом останніх років, попри високі загальні витрати, вітчизняна система охорони здоров'я нездатна адекватно протистояти зростанню захворюваності, захистити громадян від надмірних витрат на лікування [22]. Нині система охорони здоров'я в Україні не може задовольнити потреби населення в медичній допомозі, забезпечити доступність, якість і своєчасність надання медичної допомоги та послуг з охорони здоров'я, забезпечити належний рівень профілактики захворюваності, смертності тощо [5], що, окрім іншого, обумовлено наявністю низки проблем у сфері громадського здоров'я.

Діюча мережа загальнодоступних медичних закладів не забезпечує комплексності та інтегрованості медичного обслуговування, існує надлишок неспеціалізованих низькотехнологічних потужностей. Натомість потужностей для інтенсивного лікування, реабілітації, надання паліативної допомоги бракує, майже повністю знівельовано медичну профілактику захворювань та пропаганду здорового способу життя [25]. В Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні вказується, що нині в Україні наявні лише поодинокі елементи системи громадського здоров'я, й ті діють незлагоджено. Внаслідок цього існує криза профілактичної медицини, низькі показники стану здоров'я населення, несприятлива екологічна ситуація, високий рівень вживання алкоголю та наркотичних засобів, поширеності тютюнопаління, недостатні фізичні навантаження, нездорове харчування тощо [62].

Нині в Україні відсутня структуризована, логічно завершена система громадського здоров'я, тоді як існуюча та апробована нормативно-правова і матеріально-технічна база та кадровий потенціал санепідслужби є незадіяними і

руйнуються. На цьому тлі господарює лікувально-фармацевтична складова охорони здоров'я, яка не займалася, не займається і, не важко передбачити, не займатиметься профілактикою здоров'я у необхідному обсязі. Це не є їхньою прямою функцією [23].

Серед населення країни нині не розвинене усвідомлення громадянами відповідальності за своє здоров'я та необхідності здорового способу життя. Нераціональне харчування, споживання неякісної питної води, масове нехтування заняттями фізичною культурою і спортом, пияцтво, тютюнопаління та інші шкідливі звички для багатьох українців є нормою життя. При цьому система охорони здоров'я зосереджує свою увагу переважно на лікуванні і майже не приділяє уваги профілактиці хвороб [22]. Стрімка втрата висококваліфікованих і досвідчених фахівців у сфері профілактичної медицини, на підготовку яких держава витратила десятки років, унеможлиблює комплексне виконання основних оперативних функцій громадського здоров'я, тоді як вони могли б стати кадровим мобілізаційним ресурсом на перехідний період при розбудові системи громадського здоров'я [23].

Глобальні загрози у сфері громадського здоров'я включають:

- захворювання, здатні викликати епідемії;
- захворювання, пов'язані із забрудненням харчових продуктів;
- випадкові або навмисно викликані спалахи хвороб (біотероризм);
- радіаційні аварії та екологічні катастрофи [48];
- економічна криза;
- розширення нерівностей;
- старіння населення;
- підвищення рівнів хронічних хвороб;
- міграція та урбанізація;
- погіршення оточуючого середовища і зміни клімату [36];
- інфляція й зубожіння населення;
- інтенсифікація міграційних процесів [12].

Більш розлого перелік проблем виглядає так:

1. Поширення особливо небезпечних й інших епідеміологічних захворювань (чума, холера, жовта лихорадка, ВІЧ/СНІД, пташиний грип й інші інфекції), що потребує використання сучасних методів глобального спостереження за рівнем і динамікою епідеміологічних процесів з урахуванням особливостей поширення епідемій у добу нових швидкісних засобів зв'язку, транспорту та масових людських контактів.

2. Травми та насильство є важливою загрозою здоров'ю на всіх рівнях (від індивідуального до глобального), які є наслідком війн, катастроф, стихійних лих, тероризму та злочинності.

3. Відсутність міжнародних медико-санітарних стандартів та екологічного стану, які б визначали прийнятну межу концентрації різних речовин у повітрі, воді, ґрунті, охорону світового океану та повітряного басейну.

4. Відсутність належного контролю за якістю, безпекою, ефективністю та побічними діями ліків, боротьба із зловживаннями лікарськими препаратами у зв'язку із поширеним розвитком фармацевтичної, хімічної промисловості та міжнародної торгівлі.

5. Поширення важких хронічних неепідеміологічних захворювань: серцево-судинних, онкологічних, спадкових.

6. Відсутність новітньої стратегії охорони здоров'я, за якою має розвиватись соціальна сфера сучасної сервісної держави. Стратегія передусім має включати різні соціально-гігієнічні аспекти відтворення народонаселення, зміни його вікової структури, народжуваність, смертність, захворювання в різних державах і регіону [96]. Доцільність такої стратегії обумовлюється невирішеною проблемою забезпечення достатнього та раціонального харчування населення у боротьбі проти різних хронічних захворювань, викликаних недоїданням і голодом. Це диверсифікує динамічні показники приросту народонаселення, а відтак суттєво увиразнює негативний вплив НТП на якість життя громадян у загальнопланетарному масштабі. Недооцінення такого впливу на сферу системи охорони здоров'я як у глобальному, так і національному обсягах не дозволить перетворити її на внутрішньо інтегративну

цілісність, здатну гарантувати громадянам високу якість медичних послуг громадян і соціальну безпеку. Це й надалі посилюватиме фрагментарну роль держави у процесах охорони здоров'я громадян, розширюючи простір для загострення відповідних соціальних аспектів, які містять виклики для національної безпеки держави. Також варто зазначити, що внутрішньополітичні загострення та соціальні деструкції завжди негативно впливають на соціально-системний розвиток цієї сфери [37]. Остання зазнає деконструкції, яка призводить до безпрецедентного зменшення чисельності населення (депопуляції) у мирні часи, погіршення якості (в т.ч. здоров'я та розвитку) населення, деградації середовища його перебування та життєдіяльності [96]. За такої деконструкції сфери охорони здоров'я загалом соціальна система втрачає функціональну здатність захищати здоров'я громадян, забезпечувати відповідні гностичні потреби життєдіяльності сучасного суспільства [37].

7. Відсутність єдиної глобальної координації між країнами у побудові та забезпеченні розвитку ефективних національних систем і служб охорони здоров'я, що включає підготовку національних кадрів в умовах високої смертності у сучасному глобальному світі [96].

Існує безліч подібних проблем щодо базових потреб в інформації, знаннях і навичках у сфері громадського здоров'я. Не рідко спостерігаються дефіцит ресурсів, недостатня кваліфікація співробітників, не задовільні інфраструктурні можливості, недостатній моральний стан кадрів, низька оплата праці тощо. Залишаються недостатньо розвиненими системи підготовки та підвищення кваліфікації кадрів. Функції охорони громадського здоров'я мають розрізнений характер. Окремі компоненти кадрового забезпечення нерідко працюють ізольовано. Практичне використання розвиненого потенціалу наукових досліджень нерідко залишається неефективним [24].

Розгалужена мережа науково-дослідних інститутів і аналітично-дослідних установ, що працюють у галузі епідеміології, інфектології, гігієни праці, гігієни навколишнього середовища тощо, яка нараховує понад десяток організацій як у структурі МОЗ, так і в структурі НАМН України, не дала з часів незалежності

позитивного розвитку системи громадського здоров'я. Медична наука не інтегрована у світовий науковий простір, не використовує сучасні методи аналізу та моделювання ситуації. Це призвело до того, що система формування політики у сфері громадського здоров'я майже не підкріплена науковими розробками. Система санітарних норм і правил, що була сформована за радянських часів, не відповідає ні вимогам сьогодення, ні сучасному законодавчому полю, ні законодавству та кращим практикам ЄС. Санітарне законодавство фактично не переглядалося і досить часто використовує стандарти та норми, створені за часів СРСР. Усе це призвело до правового нігілізму, коли більшість визначених норм не дотримується [39].

До погіршення епідемічного стану в країні призвели:

- істотні недоліки у проведенні планової імунопрофілактики; криза системи охорони здоров'я;
- ліквідація санітарно-епідеміологічних станцій і допоки недостатня ефективність нових державних структур, на які покладено відповідне завдання;
- слабка матеріальна база більшості інфекційних стаціонарів і низька боксованість палат;
- вади у виявленні та реєстрації інфекційних і паразитарних хвороб; недостатня співпраця МОЗ з професійними об'єднаннями лікарів, зокрема із Всеукраїнською асоціацією інфекціоністів та її провідними спеціалістами;
- вкрай недостатнє фінансування державної медицини, зокрема для боротьби з інфекційними хворобами, а також наукової сфери;
- нестача (на чверть від потреб) лікарів-інфекціоністів [12].

Отож, допоки невирішені «усталені» та «нові» проблеми соціально-економічного, політичного, екологічного та технологічного характеру негативно позначаються на стані громадського здоров'я.



## РОЗДІЛ 3

### КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

#### **3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо покращання громадського здоров'я**

Світова практика наочно свідчить, що для забезпечення ефективності державних і територіальних програм розвитку громадського здоров'я важливо сформувати та реалізувати комплекс багаторівневих комунікаційних стратегій і втручань, який повинен включати: адвокацію у ЗМІ на політичному рівні, медіа-кампанії на популяційному рівні, соціальний маркетинг на рівні громади, цільові повідомлення на рівні групи і спеціальні повідомлення на індивідуальному рівні. Всі ці складові є важливими, але найважчими для реалізації зазвичай є комунікативні стратегії, спрямовані на досягнення змін в орієнтаціях та установках громад і населення. Головні труднощі тут пов'язані із відмінним сприйняттям інформації різними групами населення й індивідами, маніпулюванням громадською думкою з боку ЗМІ, а звідси – недовірою населення, слабкою готовністю людей до змін, можливим конфліктом інтересів між наукою громадського здоров'я і політиками. Тому досягнути ефекту можна лише через добре продумані, ретельно впроваджені стійкі інтервенції на всіх рівнях, спрямовані на підвищення обізнаності та посилення знань, формування нових установок і змін в поведінці. Для цього важливо збирати інформацію про цільові аудиторії стосовно рівня їх медичної грамотності й культури, сегментованості, сприйняття повідомлень тощо на всіх етапах розробки та реалізації комунікативних програм: планування, розробки та впровадження. Особливої уваги потребує налагодження зворотного зв'язку для забезпечення моніторингу і оцінки реакції цільової аудиторії на інформаційні втручання [61].

Поступово уряди провідних країн світу змінюють парадигму розвитку сфери охорони громадського здоров'я. Якщо раніше в ході побудови публічної політики в цій сфері акцентувалась увага саме на проблемах смертності й захворюваності, то зараз технократи вирішують завдання щодо покращання здоров'я і підвищення рівня добробуту. Тобто уряди почали аналізувати великі обсяги даних і дійшли висновку, що рівень добробуту популяції є першопричиною формування рівня її захворюваності, і ця кореляція є зворотною [28]. Очевидно, що світ та Україна створюють і 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. Всебічне використання вищезгаданих практик національним урядом для боротьби з бідністю шляхом медичної реформи та посилення напряму громадського здоров'я дасть позитивні результати [29].

З огляду на величезну нерівність щодо здоров'я у всьому світі Комісія з соціальних детермінант здоров'я, яка спеціально створена при ВООЗ, пропонує такі принципи дій з охорони громадського здоров'я: поліпшення повсякденних умов життя, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють; подолання несправедливого розподілу влади, грошей і ресурсів – структурних факторів цих умов повсякденного життя – на глобальному, національному та місцевому рівнях; вимір проблеми, оцінювання дій, розширення бази знань, розвиток кадрових ресурсів, які пройшли підготовку з соціальних детермінант здоров'я, а також підвищення рівня обізнаності громадськості про соціальні детермінанти здоров'я [37].

Досвід США інтеграції громадського здоров'я та соціальної роботи реалізується через Національну програму «Здорові люди 2020», основними цілями якої є: створення соціального та фізичного середовища, яке сприятиме доброму здоров'ю для всіх; забезпечення справедливості щодо здоров'я, ліквідація нерівності, а також поліпшення стану здоров'я всіх груп населення; підвищення якості життя, здорового розвитку та здорового способу життя на всіх етапах існування [80]; доступ до послуг з охорони здоров'я, підліткове

здоров'я, раннє та середнє дитинство, навчання здоров'я в громаді, стан навколишнього середовища та планування сім'ї; формалізація провідної ролі соціальних працівників громадського здоров'я у пропагуванні соціальних цілей програми. Забезпечення соціальної, економічної й екологічної справедливості можливе через спрямування практики соціальної роботи у сфері громадського здоров'я на розвиток змін, які призведуть до створення більш справедливого, безпечного й привабливого суспільства. Тут фахівці соціальної роботи можуть сприяти творенню державної політики, наприклад, допомагаючи визначити соціальні й економічні фактори, які сприяють надмірній вазі й ожирінню. У США багато сімей, що живуть за містом (у приміській зоні), змушені долати значну відстань на автомобілі, обмежуючи активне пересування (ходьба або їзда на велосипеді) [37]. Соціальні працівники громадського здоров'я успішно включені у зміни державної політики щодо поліпшення показників стану громадського здоров'я, особливо для знедолених через розширення програми медичного страхування, що також сприяє встановленню соціальної та економічної справедливості [35]. Важливу роль у профілактиці хвороб у США також відіграє фонд громадської охорони здоров'я, кошти з якого виділяються за окремими статтями залежно від того чи іншого захворювання, наприклад, хвороба Альцгеймера, онкологічні захворювання, інфекційні захворювання, діабет, хвороби серця, ожиріння, профілактика самогубств, заохочення й допомога матерям, які здійснюють грудне вигодовування тощо [47].

В Австралії особлива увага приділялась таким напрямкам як розвиток сільської системи охорони здоров'я, забезпечення кваліфікованими фахівцями, розширення фінансування охорони здоров'я, підвищення її якості та посилення профілактичної спрямованості. Це дозволило перетворити інтереси пацієнтів на основний предмет стратегічної політики у сфері охорони здоров'я, розширюючи у такий спосіб можливості для вибору пацієнтами відповідних медичних інституцій. Тобто йдеться про запроваджені в Австралії ініціативи доповнення державного сектору охорони здоров'я приватним, який слугував зниженню навантаження на нього, забезпечивши його більшу доступність для

людей. Тож доступність приватного сектору охорони здоров'я забезпечувалась шляхом повернення 30 % вартості полісів із бюджетних фондів, завдяки цьому розширювалась можливість для населення щодо отримання якісних медичних послуг. Тобто приватна медицина розглядається як доповнення до системи державних служб, що дозволяє знизити навантаження на державний сектор, надавши громадянам певну можливість вибору [80].

В Китаї тотально використовується електронна система «Код здоров'я», яка обов'язково встановлюється на всі смартфони жителів. Ця система синхронізована з посвідченням особистості громадянина і показує три кольори, які змінюються залежно від маршрутів людини, тривалості його мешкання в зоні ураження вірусом, а також частоти контактів з носіями вірусу. Китайські поліцейські застосовують на вулицях окуляри з тепловізорами для виявлення жару у перехожих. Перед входом у житло осіб, розміщених на карантин, встановлюються відеокамери для контролю переміщення. Розповсюджені й електронні браслети для моніторингу за людьми на самоізоляції.

У Сінгапурі розроблена програма «Trace Together», яка за допомогою технології bluetooth дозволяє відстежувати (за їхньою згодою) переміщення осіб в інкубаційний період. Таким чином, інформаційні технології дозволяють відстежувати «ланцюжки уражень». Програма фіксує, до кого власник смартфона наближався на відстань ближче, ніж 2 м або перебував поряд довше, ніж 15 хв. Вказану інформацію програма зберігає впродовж трьох тижнів. І в разі діагностування коронавірусу власник смартфона добровільно відкриває ці дані для МОЗ. Потім всі особи, які контактували з ураженим, отримують повідомлення на телефон з рекомендацією пройти тест і самоізолюватися [30].

В Південній Кореї застосовується добровільна програма «Corona100m». Цей мобільний застосунок накладає вогнища ураження на місцеву мапу. І в разі наближення на відстань до 100 м до публічного місця, де була раніше присутня уражена коронавірусом особа, власнику телефона надходить push-повідомлення. За три тижні після запуску цю програму скачали 1 млн разів, що свідчить про її популярність серед місцевого населення й дає можливість

говорити, що для жителів Азії громадська безпека і загальне благо важливіше за особисту конфіденційність.

В Ізраїлі діє подібна програма «Щит». Також у цій країні на офіційний інтернет-ресурсах публікуються списки локацій, де побували інфіковані [54].

Уряд Австрії використовує анонімні узагальнені дані для отримання інформації про переміщення людей. Найбільший телекомунікаційний оператор (Telekom Austria AG) ділиться анонімними даними про місцезнаходження своїх користувачів з урядом. Вказана технологія була розроблена стартапом з Університету Граца. До цього вказана технологія використовувалась для вимірювання рівня відвідуваності популярних туристичних об'єктів в Австрії.

У Польщі громадяни, які перебувають на самоізоляції вдома, повинні використовувати в обов'язковому порядку мобільний застосунок «Домашній карантин». Програма вимагає періодичне надсилання селфі користувача з прикріпленими геоданими. У разі припинення надсилання фото поліція відразу реагує і штрафує порушника на суму \$ 116. Польські урядові структури автоматично створюють облікові записи для пацієнтів на карантині, у яких підозрюється діагноз коронавірус, в т.ч. й для тих, хто прибув з-за кордону. Уряд Бельгії дав згоду на використання анонімних даних місцевих мобільних операторів про переміщення власних громадян. У Deutsche Telekom оголосив, що буде надавати знеособлену інформацію про переміщення користувачів Інституту Роберта Коха. Публічні органи влади Італії також підписали угоду з операторами зв'язку про збір анонімних даних про місцезнаходження користувачів телефонів [30].

Для легалізації власних заходів електронного контролю за дотриманням карантинного режиму Європейська комісія уклала угоду з найбільшими телекомунікаційними компаніями Європи. При цьому будуть використовувати лише анонімні дані, а також сукупні відомості про місця перебування абонентів, а після закінчення кризи пандемії ця інформація буде видалена з урядових баз даних згідно з європейськими стандартами конфіденційності. Як приклад використання даних мобільних телефонів, можна навести інформацію

дослідників з Норвегії, які виявили, що кількість людей, які переміщуються між містами цієї країни, скоротилась на 60 % після введення загальнонаціонального карантину. Водночас фахівці у сфері телекомунікацій оцінюють ситуацію з накопиченням урядами метаданих про переміщення населення своїх країн як малоефективну. Коронавірус розповсюджується швидко в часі і просторі, тому корисність таких відомостей стрімко вичерпується. Коли населення залишається вдома або в межах невеликої території власного кварталу чи мікрорайону, такі цифрові дані не дають особливого розуміння щодо місць перебування абонентів, оскільки вони недостатньо деталізовані для відстеження локалізованих переміщень людей [30].

Європейські інституції для покращання профілактики хронічних неінфекційних захворювань рекомендують різні стратегії, які полягають у впливі на основні фактори ризику їх виникнення [47].

У Великобританії особлива увага приділяється запровадженню нових технологій у сфері громадського здоров'я, що має забезпечити ефективну профілактику та лікування хворих, а з тим – структурну результативність системи охорони здоров'я, сприяє покращенню показників здоров'я нації [37]. Великобританія стала першою країною з ринковою економікою (1946 р.), яка взяла охорону громадського здоров'я на державне забезпечення, приклад якої згодом наслідували Канада, Швеція, Голландія, Австралія, Італія, Данія, Норвегія, де частка витрат держави на неї становить 86 %, тоді як у Німеччині – 78 %, Канаді – 74 %, США – 42 % [96]. Британську модель охорони здоров'я характеризує, що уряд виділяє на медичну допомогу лише 6 % ВВП, тоді як в інших держав – в середньому 15 %. Попри це, система охорони здоров'я Великобританії, маючи значний рівень централізованого управління, гарантує високу ефективність і доступність медичних послуг при відносно низьких витратах, а також дозволяє стримувати зростання вартості ліків. Відтак, основна ідея успішності моделі охорони здоров'я Великобританії полягає в реалізації ідеї її соціалізації, що передбачає забезпечення соціальної солідарності та соціального добробуту населення шляхом надання йому якісної

медичної допомоги [37], і завдяки чому на початок ХХІ ст. кожен британець дістав доступ до високоякісних медичних послуг охорони здоров'я, які гарантуються системою прогресивного оподаткування, коли кожен громадянин сплачує відповідно до своїх фінансових можливостей і як пацієнт отримує послуги за потребою [21].

Значний інтерес становить досвід Франції, щодо артикулювання охорони здоров'я як визначального пріоритету реалізації національних інтересів. Починаючи із 1980-х рр. в охорона здоров'я у Франції посідає стратегічну роль у політичному порядку денному її розвитку і стосується запровадження нових принципів та підходів до утвердження нової системи медичного страхування, яка б поставила під контроль витрати і скоротила б фінансовий дефіцит. Виходячи із цього, запропоновано чотири основних способи скорочення фінансового дефіциту медичного страхування, що включає: збільшення зборів (у поєднанні з модифікацією структури фінансування), скорочення витрат, зниження розміру відшкодування витрат на медичне обслуговування, нарешті, всебічну реорганізацію системи. У Франції Національні збори щорічно затверджують єдиний «державний цільовий показник у сфері медичного страхування» (Ondam), який визначає верхню межу витрат на медичне страхування. Важливими критеріальними принципами, на яких базується результативність французької системи охорони здоров'я, є: 1) відсутність жорсткої залежності між рівнем витрат на охорону здоров'я і станом здоров'я населення; 2) індикативна залежність між рівнем витрат на охорону здоров'я і доступністю медичних послуг для різних верств суспільства носить ще менш тісний характер (високий рівень витрат зовсім не гарантує рівності у використанні медичних послуг); 3) стан здоров'я населення не пов'язується з існуючою в країні системою медичного обслуговування [37].

Охорона громадського здоров'я, як загальнонаціональний пріоритет, переорієнтована таким чином, аби висунути на передній план питання охорони здоров'я громадян, доступність якості медичних послуг та відповідну свободу пацієнтів та лікарів. Це безпосередньо супроводжується запровадженням трьох

основних напрямів перетворення охорони здоров'я на загальнонаціональний пріоритет шляхом: 1) поліпшення якості медичного обслуговування населення; 2) інтеграції обслуговування; 3) профілактики захворювань.

Здебільшого французька модель характеризує оптимізаційний підхід до збалансування витрат на систему охорони здоров'я, обмежуючи при цьому контроль з боку держави за її функціонуванням, завдяки чому кінцевий споживач медичних послуг наділений максимальною свободою у виборі суб'єкта надання медичних послуг. Це обумовлено тим, що у Франції існує система охорони здоров'я, яка працює на податки, а тому нараховує їх кілька: з акцизу, податки на фонд заробітної плати, податки на доходи фізичних осіб. Звідти береться все і вкладається у єдину фінансову систему, з якої лікарі отримують гроші, але не безпосередньо, оскільки тут лікаря самостійно оплачує собі кожен пацієнт окремо, і лише потім держава по можливості повертає йому ці кошти. Їхня система охорони здоров'я включає систему державних і приватних клінік, перші фінансуються з державного бюджету, здебільшого це медичні установи для бідних, які не можуть собі дозволити приватну медицину. Тому у Франції запроваджене добровільне медичне страхування, 87 % французів на додаток до своєї державної системи купують медичний поліс, покликаний покрити різницю між державним відшкодуванням і реальною ціною послуг лікаря, і оплатити пацієнту перебування в приватних лікарнях системи купують медичний поліс, покликаний покрити різницю між державним відшкодуванням і реальною ціною послуг лікаря, та оплатити пацієнту перебування в приватних лікарнях.

У розвинених державах світу, зокрема США, Англії, Німеччини, Канаді, від 60 до 80 % проєктів у сфері громадського здоров'я реалізуються через механізм публічно-приватного партнерства. Його основними напрямками виступає: будівництво та експлуатація медичних об'єктів; запровадження інформаційних технологій; розробка та створення нових видів медичного обладнання. На думку експертів Світового банку, публічно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я сприяє досягненню таких показників



забезпечення громадського здоров'я як: залучення додаткового фінансування у сферу охорони здоров'я та оптимізації витрат із бюджету; розподіл ризиків реалізації проекту між державою та приватним сектором; інвестування додаткових ресурсів у реконструкцію наявних об'єктів охорони здоров'я; підвищення якості та доступності надання населенню медичних послуг і створення високого рівня медичного сервісу [37]; надання доступу до технологічних, технічних та інтелектуальних ресурсів високого професійного рівня (в реалізації проєктів, де беруть участь фахівці від бізнесу із застосуванням новітніх науково-технологічних розробок). Так, зокрема у Німеччині, публічно-приватного партнерства передбачає механізм, відповідно до якого лікувально-профілактичні заклади продаються приватним компаніям за невелику вартість в обмін на інвестиції та зобов'язання обслуговувати пацієнтів у межах державного замовлення. На реалізацію проєктів публічно-приватного партнерства у сфері громадського здоров'я Великобританії за рік залучається в середньому від £ 8 до 10 млрд, які призначаються на будівництво на управління шпиталями. Відтак, держава укладає контракти з приватним компаніями на 30 років, у результаті чого останні здобувають право на володіння та експлуатацію медичних закладів, а також вносити узгоджену оплату за доступність медичної допомоги. На особливу увагу заслуговує модель державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я Австрії, де типовою є схема управління лікарнями, яка будується за кошти приватних інвесторів, при цьому 75 % ліжок перебувають у протектораті держави, а 25 % тимчасово (на період до 40 років) передаються в управління приватного інвестора [92]. При цьому варто зазначити, що переважна більшість моделей публічно-приватного партнерства у сфері громадського здоров'я, попри свою високу результативність, стикається також з певними труднощами, які згодом екстраполюються в недоліки. До них, зокрема, належать:

– не достатньо висока якість створених об'єктів у сфері охорони здоров'я (досить часто будівництво певних інфраструктурних об'єктів не відповідає належним стандартам, тим самим знижуючи якість надання медичних послуг);

– висока затратність: вартість тендеру та загальна затратність певних проєктів для приватного сектору є доволі високою на відміну від вартості подібних проєктів, які реалізуються державою самостійно, оскільки тут закладені операціональні ризики;

– складність в управлінні: здебільшого запровадження публічно-приватного партнерства супроводжується відсутністю ефективних механізмів взаємодії його суб'єктів (пацієнтів, лікарів, адміністрацій, дослідницьких інститутів, університетів);

– недостатня гнучкість проєктів: часто-густо контракт на будівництво та експлуатацію медичних закладів за моделлю публічно-приватного партнерства хоча і детально прописаний, однак будь-який відступ від умов контракту карається штрафом (здебільшого це призводить до застосування застарілих медичних технологій, що уповільнює динамічний розвиток сфери охорони здоров'я) [37];

– залежність якості громадського здоров'я від принципів і підходів до його фінансування. З кінця ХХ ст. більшість розвинених країн щорічно збільшують державні витрати на фінансування охорони здоров'я, що тим самим слугує підвищенню якості і доступності надання медичних послуг. Доцільність збільшення фінансування на охорону здоров'я обумовлена низкою об'єктивних факторів, серед яких: демографічний перехід на сучасний спосіб відтворення населення, який супроводжується реструктуризацією патологій, зниженням народжуваності та старінням населення [93]; збільшення бюрократичного апарату в системі охорони здоров'я, зокрема в його управлінському та сервісному секторі й використання коштів не за призначенням [37]; високий рівень інфляції, що блокує проведення високовартісних наукових досліджень у сфері медицини та застосування високих інноваційних технологій; розширення прав пацієнтів, підвищення уваги громадян щодо збереження власного здоров'я; зростання нозологічних форм, що характеризується підвищенням показників хронічних захворювань; зростання об'єму медичних послуг і застосування високовитратних засобів розвитку громадського здоров'я [81].

Таким чином, провідними науковцями і практиками розроблено чималий позитивний досвід публічного управління розвитком громадського здоров'я. Проте, передусім, через відмінності у епідеміологічній, соціально-економічній, політичній та екологічній ситуації в розвинених країнах і країнах «третього світу», огульно їх використовувати вбачається недоцільним, оскільки, з високою імовірністю, можна отримати результат, який буде істотною мірою гіршим, аніж у країнах-«взірцях». Саме тому доречно вести мову про необхідність адаптації передового світового досвіду публічного управління розвитком громадського здоров'я.

### **3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку громадського здоров'я**

Забезпечити високі показники громадського здоров'я можливо лише за умови високого ресурсного потенціалу національної безпеки держави, яка стратегічно й тактично залежить від стану її економічної безпеки. У свою чергу, економічна безпека може ефективно функціонувати лише в умовах абсолютної соціальної лояльності та безконфліктної диверсифікації [37]. Тобто стабільність функціонування національної безпеки можлива лише в ситуації відсутності будь-якої соціальної напруги, котра традиційно є наслідком незадоволення рівнем свого життя переважної більшості населення, станом економіки та ефективності владних інститутів. Розвитку системи громадського здоров'я має сприяти реалізація комплексу заходів в рамках інноваційно орієнтованих кластерів, які включають в себе базові елементи створення стабільного та безпечного довкілля, проведення профілактичних оглядів, усунення факторів ризику для здоров'я, формування здорового способу життя й збереження здоров'я у процесі будь-якої діяльності [81].

Система охорони громадського здоров'я, яка приходить на заміну старої профілактичної системи ДСЕС, як галузь суспільної діяльності має включати

дві основні взаємопов'язані компоненти – медичну та соціальну, розробка яких передбачає вжиття заходів, не обхідних суспільству і спрямованих на зменшення захворюваності й смертності, збільшення тривалості життя та активного довголіття людей. Це може бути досягнуто шляхом з'ясування причинно-наслідкового характеру формування стану здоров'я населення, за результатами чого розбудовується діяльність медичної служби: профілактичної (первинна профілактика) та лікувальної (вторинна профілактика). До нині профілактична функція складала основу діяльності ДСЕС, була спрямованою на усе населення і забезпечувала попередження по рушення здоров'я шляхом виявлення та усунення дії шкідливих патогенетичних факторів довкілля, способу життя та оздоровлення умов життєдіяльності населення [22].

На особливу увагу заслуговує утвердження практики розроблення національного інструментарію охорони здоров'я громадян тобто визначення параметрів утвердження та збереження громадського здоров'я, виходячи з нормативів та інструментарію національної охорони здоров'я – економічної системи та інституційних перетворень, що слугують підвищенню рівня національної безпеки держави. Тому національна охорона здоров'я за структурно-функціональними параметрами дозволяє чітко простежити залежність національної безпеки від якості громадського здоров'я, ідентифікуючи притаманні для певної національної держави сучасні загрози в контексті її національної безпеки, які безпосередньо позначаються на сфері громадського здоров'я населення. При цьому принципово важливо, аби національна держава у сфері реалізації політики розвитку та захисту громадського здоров'я ранжовано підходила до розуміння пріоритетності громадської безпеки, спрямовувала свої зусилля та ресурси на системне підвищення якості життєдіяльності громадян шляхом гарантування їм особистої безпеки. Сучасна держава здатна досягти високих показників національної безпеки, якщо вона здійснює свою політику [37] відповідно до високих стандартів життєзабезпечення суспільства, його економічного зростання, яке досягається за рахунок інвестицій у людський капітал, освіту,

охорону здоров'я та культуру, екологію живих систем та раціональне природокористування [87].

Можна запропонувати три основні етапи «Концепції довгострокового розвитку охорони здоров'я до 2030 року», які мають бути оптимізаційною умовою виходу медичної сфери із кризового стану. До таких етапів експертами Інституту Маккензі McKinsey віднесено:

1. Розроблення стандартів охорони здоров'я (посилення законодавчого контролю за відповідними інститутами та процесами у даній сфері), що безпосередньо включає:

- напрацювання стандартів медичного обслуговування та створення органу регулювання процесів стандартизації у медичній сфері;
- підвищення доступності високоякісних медичних послуг;
- модернізацію системи медичної освіти як стратегічної умови реалізації успішної кадрової політики у сфері охорони здоров'я.

2. Модернізацію інфраструктури охорони здоров'я та системи її фінансування, яка передбачає:

- запровадження нових стандартів діяльності інститутів охорони здоров'я;
- інноваційно-технологічне забезпечення лікувальних закладів;
- перехід на єдине джерело фінансування медичних закладів за допомогою органів місцевого самоврядування;
- запровадження єдиної інформаційної системи у сфері громадського здоров'я.

3. Посилення регіональної автономії медичних закладів і контролю за якістю медичних послуг, що передбачає:

- більш ретельний контроль за якістю надання медичних послуг;
- підвищення фінансової й організаційної незалежності регіональних медичних закладів;
- збільшення чисельності високотехнологічних медичних центрів у регіонах;

– сприяння широкому впровадженню сучасних інформаційно-комунікативних технологій у розвиток системи охорони здоров'я [37].

Система громадського здоров'я також має бути орієнтована на профілактику туберкульозу, ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів, які визначено як пріоритети громадського здоров'я. Інтегрована артикуляція цих напрямів має забезпечити досягнення основних цілей у формуванні й ставленні громадян до здорового способу життя [20]. Його формування потрібно починати ще з дитячого садочка та школи. У суспільстві в цілому має бути запроваджена мода на здоров'я. Якщо держава створить умови, коли здоровим бути вигідно, то таких людей стане набагато більше. Але нині більшість лікарів в основному займаються лікуванням хвороб. Не кожен цікавиться інформацією про те, як не хворіти, не завжди можуть відповісти на запитання пацієнтів, що корисно, а що шкідливо, особливо коли це стосується екології. Новостворені центри громадського здоров'я мають накопичувати таку інформацію та робити її доступною для лікарів. Поява більшої кількості добре підготовлених і мотивованих до пропаганди здорового способу життя фахівців позитивно вплине на рівень громадського здоров'я [44].

Запорукою збереження здоров'я населення і попередження надзвичайних ситуацій на радіаційно небезпечних об'єктах є вирішення наступних завдань:

– забезпечити фізичний захист радіаційно небезпечних об'єктів і спеціальних транспортних засобів, задіяних на перевезенні радіоактивних речовин;

– забезпечити належний контроль за санітарною охороною території України від завезення вантажів, які можуть спричинити радіаційні ураження населення;

– створити програми тренінгів і провести навчання з оцінки ризиків для здоров'я населення України та персоналу радіаційно небезпечних об'єктів при виникненні надзвичайних ситуацій;

– посилити радіаційно-гігієнічний моніторинг за найбільш небезпечними в радіаційному відношенні об'єктами [37].

Перетворення здоров'я нації на загальнонаціональний пріоритет розвитку держави має супроводжуватися запровадженням гнучких стратегічних підходів до оптимізації сфери охорони здоров'я та перетворення її на інструмент гарантування національної безпеки держави. Це стосується вирішення таких прикладних питань, до яких світові та вітчизняні експерти зараховують:

- розробка й прийняття законодавчих актів щодо особливостей діяльності закладів охорони здоров'я та технології надання медичних послуг [43];
- запровадження системи екстреної медичної допомоги та створення й впорядкування нормативної бази відповідних підзаконних актів [11];
- будівництво високоспеціалізованих центрів та університетських клінік і реорганізацію системи надання екстреної медичної допомоги [37];
- формування національної системи єдиних економічно обґрунтованих тарифів на медичні послуги [53];
- проведення поетапної структурної реорганізації сфери охорони здоров'я, що передбачає: розмежування первинного, вторинного й третинного рівнів надання медичної допомоги; подальший розвиток інституту сімейного лікаря, створення міжрайонних і міжміських об'єднань комунальних некомерційних підприємств (госпітальних округів) [31];
- запровадження інтегрованого підходу до розв'язання проблем громадського здоров'я;
- підвищення рівня поінформованості населення про стан здоров'я громади;
- створення чіткої системи галузевої звітності;
- зниження рівня захворюваності населення [74];
- ініціювання наукових досліджень у сфері громадського здоров'я;
- активізація з боку відповідних співробітників інформаційно-роз'яснювальної та комунікаційної діяльності з місцевим населенням щодо популяризації вакцинації та взагалі тренду культури здоров'я;
- відновлення інституціональної спроможності регіонального центру громадського здоров'я;

- запровадження моніторингу, оцінювання та прогнозування ситуації в сфері громадського здоров'я;
- комплексна розробка регіональної політики з обов'язковим урахуванням специфіки питань громадського здоров'я й відповідного кращого світового досвіду;
- посилення професійної підготовки кадрів для сфери громадського здоров'я [26];
- запровадження адвокації в сфері громадського здоров'я – діяльність з представництва та захисту інтересів людини в сфері охорони здоров'я;
- покращання комунікації в сфері громадського здоров'я [28];
- розвиток страхової системи;
- конкурсне фінансування проєктів цифровізації у сфері громадського здоров'я;
- удосконалення процедур регуляторної політики та вироблення публічних стратегій, програм, проєктів забезпечення громадського здоров'я на основі цифрових технологій;
- дослідження та опитування населення; використання доказів для досліджень у прийнятті рішень, пов'язаних із охороною здоров'я;
- навчання та просвітництво населення, в т.ч. розроблення з цією метою спеціальних додатків, ігор, програм щодо збереження здоров'я тощо;
- забезпечення безпеки дорожнього руху;
- збереження довкілля;
- дотримання принципів «розумного будівництва»;
- кластеризація у сфері громадського здоров'я, у т.ч. створення формальних інтегрованих структур;
- виробництво і контроль продуктів харчування;
- використання соціальних медіа для запобігання захворюванням і пропагування здорового способу життя;
- забезпечення доступу до передових знань, у т.ч. з використанням іншомовних ресурсів;



- сприяння обміну знаннями;
- упровадження стандартів здорового життя та праці в діяльність підприємств, установ та організацій;
- сприяння доступу до медикаментів, обладнання, здорового харчування;
- захист прав інтелектуальної власності;
- забезпечення конфіденційності та безпеки персональних даних людей;
- етика цифрової взаємодії [27];
- забезпечення стратегічного керівництва в інтересах здоров'я та епідемічного благополуччя населення;
- забезпечення розвитку закладів, що працюють у системі громадського здоров'я;
- надання послуг із промоції здоров'я та організації комунікаційних кампаній;
- надання послуг з епіднадзора та оцінювання стану здоров'я і благополуччя населення;
- надання послуг, пов'язаних із соціально небезпечними хворобами ВІЛ, туберкульоз, наркозалежністю;
- надання послуг із реагування на надзвичайні події у сфері громадського здоров'я;
- запровадження інтегрованого підходу до розв'язання проблем громадського здоров'я з метою раціонального використання наявних людських і матеріальних ресурсів;
- підвищення рівня поінформованості населення та органів державної влади про стан здоров'я населення, умови його збереження та пріоритети розвитку медичної галузі;
- отримання достовірної інформації про стан здоров'я населення в регіоні;
- збільшення середньої тривалості життя людини;
- створення чіткої та прозорої системи звітності про результати впровадження програм і проєктів у сфері громадського здоров'я;

- підвищення ефективності використання бюджетних коштів у сфері громадського здоров'я та запровадження індикаторів ефективності їх використання;
- зниження рівня загальної захворюваності, інвалідності та смертності населення;
- зниження рівня передчасної смертності від серцево-судинних захворювань, раку, діабету і хронічних респіраторних захворювань;
- зниження рівня захворюваності й смертності від туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІДУ та інших соціально небезпечних захворювань;
- зниження рівня зловживання алкоголем, неналежної фізичної активності, вживання населенням тютюнових виробів, надмірної кількості солі та цукру;
- надання послуг зі зміцнення здоров'я населення [33];
- санітарно-гігієнічна просвіта громадян, пропаганда здорового способу життя;
- формування системи просвіти дітей та молоді, яка забезпечує вироблення негативного ставлення до вживання алкоголю, тютюну, токсичних і наркотичних речовин;
- нормативно-правове регулювання реклами та вживання пива, алкогольної продукції та тютюну;
- розвиток системи моніторингу якості харчових продуктів і питної води; нормативно-правове та фінансове забезпечення збалансованого здорового харчування в дошкільних закладах і школах;
- підвищення доступності та якості медичної і соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим жінкам та їхнім дітям;
- підвищення інформованості населення щодо профілактики туберкульозу;
- розвиток системи моніторингу професійного здоров'я працівників галузей економіки з особливо небезпечними умовами праці та населення закритих територіальних утворень;

- розвиток міжнародного співробітництва з протидії епідемії з ВІЛ;
- розвиток санаторно-курортної інфраструктури;
- розвиток інфраструктури для занять фізичною культурою і спортом усіх верств населення;
- формування системи надання цільових субсидій на придбання продуктів здорового харчування багатодітним, малозабезпеченим сім'ям, студентам, пенсіонерам;
- формування системи забезпечення пільгових путівок у санаторно-курортні та оздоровчі заклади багатодітним, малозабезпеченим сім'ям, дітям, школярам, студентам, пенсіонерам;
- підвищення інформованості населення про шляхи передачі вірусних гепатитів і ВІЛ та заходи щодо запобігання зараженню цими інфекціями;
- підвищення толерантності населення до людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією; профілактика ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів В і С серед дітей та підлітків [37].

Зрештою слід зазначити, що вагомою запорукою покращання громадського здоров'я є реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками, які можна об'єднати у такі групи: вдосконалення нормативно-правового та інституціонального забезпечення діяльності органів публічного управління; вдосконалення механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я; стимулювання профілактиці захворювань і ведення здорового способу життя.

## ВИСНОВКИ

1. З'ясування специфіки громадського здоров'я – наука і мистецтво профілактики захворювань, продовження життя й зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль і свідомого вибору суспільства, організацій державних і приватних, громад та окремих осіб – дозволяє стверджувати про суспільну значущість цього феномену та необхідність поміркованого впливу його розвитком. Хоча держава виконує провідну роль у забезпеченні громадського здоров'я, але не варто нехтувати діями інших стейкхолдерів – органів місцевого самоврядування, підприємств сфери охорони здоров'я, представників бізнесу та громадських організацій тощо. Саме тому доречніше вести мову про публічне управління розвитком громадського здоров'я.

2. Дослідження її елементів дозволяє стверджувати, що публічне управління розвитком громадського здоров'я, яке забезпечується завдяки використанню відповідних механізмів, методів і засобів впливу, з урахуванням мети, цілей, принципів і функцій, які регламентують діяльність уповноважених інституцій. Публічне управління розвитком громадського здоров'я передбачає реалізацію комплексу заходів за такими напрямками: рух у бік всезагального охоплення медико-санітарним обслуговуванням населення; переорієнтація традиційних видів медичної допомоги на надання послуг, зорієнтованих на потреби населення; включення питань охорони здоров'я у всі заходи політики; перехід до більш інклюзивного підходу в стратегічному управлінні у цій сфері.

3. За результатами оцінки результатів публічного управління розвитком громадського здоров'я в Україні виявлено таке: успішно реалізована державна соціальна програма зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення, натомість «невдалою» – програма імунопрофілактики та захист населення від інфекційних хвороб; фрагментарна роль держави у процесах охорони громадського здоров'я чітко простежується через наявність системних

проблем, які із новою гостротою артикулюються за умови відсутніх механізмів і прийомів їх вирішення, що негативно позначається на сфері національної безпеки; рівень передчасної смертності втричі перевищує аналогічний показник в країнах ЄС, в т.ч. дитячої смертності – в 2,5 раза; смертності від туберкульозу – в 20 разів; кожен четвертий українець помирає в працездатному віці; на проведення епідеміологічного нагляду (спостереження), діяльності лабораторних підрозділів Центру громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями, сума державних видатків у 2020 р. склала близько \$ 3290,7 млн; в рамках роботи цифрової платформи «Дія» мобільний застосунок «Дій вдома» для контролю режиму обсервації та самоізоляції під час карантину.

4. Виокремлено для подальшої адаптації до умов України такий передовий світовий досвід щодо розвитку громадського здоров'я: розширення програми медичного страхування для знедолених; виділення з Фонду громадської охорони здоров'я коштів на лікування соціально значимих захворювань (США); розвиток сільської системи охорони здоров'я; розширення фінансування охорони здоров'я, підвищення її якості та забезпеченості кваліфікованими фахівцями; посилення профілактичної спрямованості заходів; доступність приватного сектору охорони здоров'я забезпечувалась шляхом повернення 30 % вартості полісів із бюджетних фондів (Австралія); використання мобільних застосунків і технічного забезпечення для контролю за станом здоров'я інфікованих та локаціями їхнього перебування в умовах загострення епідеміологічної ситуації (Китай, Сінгапур, Південна Корея, Ізраїль, Австрія, Польща, Німеччина, Італія); реалізація проєктів у сфері громадського здоров'я через механізм публічно-приватного партнерства (США, Англія, Німеччина, Канада).

5. Визначено такі перспективні напрями та засоби публічного управління розвитком громадського здоров'я: ініціювання наукових досліджень у цій сфері; відновлення інституціональної спроможності регіонального центру громадського здоров'я; запровадження адвокації в цій сфері; запровадження моніторингу, оцінювання та прогнозування ситуації в сфері громадського

здоров'я; посилення професійної підготовки кадрів для сфери громадського здоров'я; комплексна розробка регіональної політики з обов'язковим урахуванням специфіки питань громадського здоров'я й відповідного кращого світового досвіду; удосконалення процедур регуляторної політики та вироблення публічних стратегій, програм, проєктів забезпечення громадського здоров'я на основі цифрових технологій; кластеризація у цій сфері, в т.ч. створення формальних інтегрованих структур; використання соціальних медіа для запобігання захворюванням і пропагування здорового способу життя.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Андрєєва І.А., Лугова О.В., Нашиванько О.В., Черняк Ю.С., Шевченко О.А. Система громадського здоров'я – сучасний стан та світовий досвід. *Медичні перспективи*. 2016. Т. 21. № 3. С. 70–76.
2. Барибіна Я.О., Дурдикулієва Н.І. Організаційно-методичне забезпечення управління територіальними центрами громадського здоров'я згідно з концепцією розвитку системи громадського здоров'я. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. (Серія: Економічні науки)*. 2020. № 4. С. 22–32.
3. Бердник О.В., Рудницька О.П., Добрянська О.В. Просторово-часова характеристика захворюваності як інструментарій управління процесами формування громадського здоров'я. *Медичні перспективи*. 2016. Т. 21. № 3. С. 123–129.
4. Білоник А.Б., Гринзовська В.О. Питання розвитку радіаційної гігієни в системі громадського здоров'я України на сучасному етапі. *Україна: здоров'я нації*. 2018. № 8. С. 114.
5. Білоус І. Підвищення ефективності діяльності місцевих органів урядування у сфері охорони громадського здоров'я. *Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України*. 2011. № 2. С. 178–187.
6. Булавінова К.О., Децик О.З., Ціхонь З.О. Роль комунікаційних стратегій у системі громадського здоров'я України. *Україна: здоров'я нації*. 2018. № 8. С. 6–10.
7. В Украине заработало приложение для контроля обсервации и самоизоляции – как им пользоваться. *Новое время*. URL: <https://bit.ly/3c0Vk7w>. (дата зверення: 07.04.2020)
8. Вакцинний Саміт 2018. Нові виклики для системи громадського здоров'я Від запобігання окремим захворюванням – до покращення здоров'я

всього суспільства. *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія*. 2018. № 8. С. 34–35.

9. Васюк Н. Повноваження місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я: сутність поняття. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2010. № 4. С. 238–245.

10. Васюк Н.О. Розвиток повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2010. № 2. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur\\_2010\\_2\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2010_2_12) (дата звернення: 23.05.2021).

11. Вашев О.Є., Рогова О.Г., Пустовойт Т.Б. Сучасні правові механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я та проблеми формування галузі медичного права. *Теорія та практика державного управління: зб. наук. пр.* Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2014. Вип. 4. С. 197–204.

12. Величко М.В. Біобезпека в системі громадського здоров'я. *Проблеми харчування*. 2017. № 2. С. 57–62.

13. Виноградова Г.М., Висоцький В.І. Включення питань етики громадського здоров'я в навчальні програми підготовки медичних кадрів. *Україна: здоров'я нації*. 2018. № 8. С. 308–309.

14. Висоцька О.І. Сучасні аспекти післядипломної підготовки медичних кадрів первинної медичної допомоги та громадського здоров'я з питань протидії розповсюдженню ВІЛ/СНІДу в Україні. *Україна: здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 64–70.

15. Гойда Н.Г., Михальчук В.М., Горачук В.В., Нестерець О.Л. Роль міжсекторального управлінського підходу у формуванні системи громадського здоров'я в Україні. *Україна: здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 84–88.

16. Гребняк М.П., Кірсанова О.В., Таранов В.В., Мікрюкова Н.Г. Інноваційні аліментарні технології у системі громадського здоров'я. *Єдине здоров'я та проблеми харчування України*. 2018. № 2. С. 5–12.



17. Грицко Р., Базилевич А., Фуртак І., Лемішко Б. Громадське здоров'я і сімейна медицина об'єднаних територіальних громад. *Актуальні проблеми державного управління*. 2018. № 4. С. 107–111.

18. Грицко Р., Базилевич А., Фуртак І., Лемішко Б. Громадське здоров'я і сімейна медицина об'єднаних територіальних громад. *Актуальні проблеми державного управління*. 2017. № 3. С. 51–55.

19. Грузева Т.С. Обґрунтування та розробка системи досягнення рівності в охороні здоров'я населення в сучасних умовах стратифікації суспільства: автореф. дис. ... д.мед.н.: Київ, 2004. 25 с.

20. Грузева Т.С., Галієнко Л.І., Антонюк О.Я., Власенко С.В. Аналіз кадрового забезпечення та принципів підготовки фахівців для служби громадського здоров'я в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2017. № 1. С. 29–38.

21. Грузева Т.С., Мельник В.В. Організація контролю за громадським здоров'ям у США та країнах європейського регіону. *Україна: здоров'я нації*. 2015. № 2. С. 96–103.

22. Гущук І.В. Деякі питання розбудови системи громадського здоров'я в Україні. *Environment & Health*. 2016. № 4. С. 75–79.

23. Гущук І.В. До питань організації системи громадського здоров'я в Україні. *Environment & Health*. 2015. № 2. С. 78–79.

24. Гущук І.В., Анчишкін А.І., Волощук О.В. Стратегічні напрями розбудови системи охорони громадського здоров'я України. *Environment & health*. 2020. № 3. С. 4–9.

25. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения: доклад о состоянии здравоохранения в Европе. Копенгаген, 2015. 168 с.

26. Деміхов О. Стратегія регіонального розвитку громадського здоров'я в Україні: інноваційні аспекти. *Актуальні проблеми державного управління*. 2021. Вип. 1. С. 84–87.

27. Деміхов О., Дегтярьова І. Розвиток організаційно-правових засад застосування цифрових технологій у сфері громадського здоров'я в Україні.

*Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України. 2020. Вип. 1. С. 80–87.*

28. Деміхов О.І. Взаємозв'язок урбанізації з формуванням і реалізацією публічної політики громадського здоров'я в Україні. *Аспекти публічного управління. 2019. Т. 7. № 12. С. 59–69.*

29. Деміхов О.І. Інституціональний механізм забезпечення публічної політики громадського здоров'я в умовах подолання бідності. *Університетські наукові записки. 2020. № 2. С. 163–175.*

30. Деміхов О.І., Белова І.В., Таранюк Л.М. Актуальні тенденції впровадження елементів електронного урядування у сфері громадського здоров'я в умовах світової пандемії. *Університетські наукові записки. 2020. № 3–4. С. 86–92.*

31. Державна політика у сфері охорони здоров'я: монографія: у 2 ч. / кол. авт. упоряд. Я.Ф. Радиш. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. С. 7.

32. Зайцев В.В., Рублевська Н.І. Основні завдання центрів громадського здоров'я МОЗ України при здійсненні соціально-гігієнічного моніторингу питної води. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. 2017. № 27. С. 432–441.*

33. Запорожан Л.П., Кравець Н.О., Вакуленко Д.В. Формування інноваційної основи системи соціальних програм у громадському здоров'ї. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 3. С. 114–118.*

34. Зінченко О.М. Основні тенденції громадського психічного здоров'я сільського населення. *Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20, Вип. 3. С. 184–185.*

35. Капустник В.А., Лісовий В.М., Огнєв В.А. Громадське здоров'я: становлення та виклики сучасності. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали II наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 24 жовтня 2019 р. Харків: Вид-во ХНМУ, 2019. С. 5–10.*

36. Капустник В.А., Лісовий В.М., Огнєв В.А. Європейські ініціативи щодо забезпечення промоції здоров'я. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми*

та способи їх вирішення: матеріали III наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 05 листопада 2020 р. Харків: Вид-во ХНМУ, 2020. С. 3–9.

37.Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.

38.Клос Л., Назар Н. Соціальна робота у сфері громадського здоров'я (американський досвід). *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2016. № 4. С. 200–209.

39.Концепція розвитку системи громадського здоров'я (проект). *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 2. С. 79–83.

40.Корвецький О., Бондарева Л. Розбудова системи громадського здоров'я як пріоритет публічної політики України. *Актуальні проблеми державного управління*. 2019. № 1. С. 67–71.

41.Красовський К.С., Григоренко А.А. Характеристика державної політики з контролю над тютюном. *Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України*. 2011 рік: монографія. Київ, 2012. С. 232–242.

42.Криничко Ф.Р., Мотайло О.В. Проблеми фінансування системи охорони здоров'я як фактору розвитку державної політики в сфері громадського здоров'я. *Вісник ХНАУ. (Серія: Економічні науки)*. 2021. № 1. С. 274–290.

43.Лехан В.М., Крячкова Л.В., Волчек В.В. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2008. Т. 2. № 2. С. 44–52.

44.Лотоцька О.В., Кондратюк В.А., Сопель О.М., Крицька Г.А., Пашко К.О., Федорів О.Є. Профілактична медицина як важлива складова громадського здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 2. С. 40–43.

45.Марова С.Ф. Про необхідність управління громадським здоров'ям. *Економіка та держава*. 2012. № 6. С. 106–108.

46.Міністерство охорони здоров'я. Офіційний сайт. URL: <https://moz.gov.ua>. (дата зверення: 07.04.2021)

47.Місце системи громадського здоров'я у профілактиці хронічних неінфекційних захворювань. *Ліки України*. 2021. № 4. С. 45–48.

48. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України на період 2015–2020 рр. Київ, 2014. С. 1–41.

49. Нізова Н.М. Поточні виклики для Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». *Україна: здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 331–332.

50. Обличчям до виклику: майбутнє реформи сектору ВІЛ та охорони здоров'я в Україні: нац. конф., Київ, 25–26.05.2016 р. URL: [http://www.antiaids.org/pub/files/109/49/conference-25-26-may\\_agenda-ukr-final.pdf](http://www.antiaids.org/pub/files/109/49/conference-25-26-may_agenda-ukr-final.pdf). (дата звернення: 23.05.2021)

51. Огнєв В.А., Чухно І.А. Громадське здоров'я: змістовно-управлінський аспект. *Україна: здоров'я нації*. 2018. № 3. С. 58–61.

52. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19.11.1992 р. № 2801. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2801-12>. (дата звернення: 23.05.2021)

53. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Спільний звіт / під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. Київ, 2005. 168 с.

54. Павленко А. Глаз Большого брата. Как современные технологии могут спасти мир от коронавируса, но уничтожить право на приватность. *Новое время*. URL: <https://bit.ly/33v4uW9>. (дата звернення: 08.04.2020)

55. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я. Розпорядження Кабінет Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249618799> (дата звернення: 23.05.2021)

56. Про затвердження Порядку проведення державного соціально-гігієнічного моніторингу. Постанова Кабінету Міністрів України від 22.02.2006 р. № 182. URL: <http://search.ligazakon.ua>. (дата звернення: 23.05.2021)

57. Про місцеве самоврядування в Україні. Закон України від 21.05.1997 р. № 280. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>. (дата звернення: 23.05.2021)

58. Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація». Указ Президента України від 09.02.2016 р. № 42/2016. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/42/2016> (дата звернення: 23.05.2021)

59.Про розвиток системи громадського здоров'я в Україні: матеріали круглого столу, 22.04.2016 р. URL: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20160423\\_a.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20160423_a.html). (дата звернення: 23.05.2021)

60.Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020». Указ Президента України від 12.01.2015 р. № 5/2015. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>. (дата звернення: 23.05.2021)

61.Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/> (дата звернення: 23.05.2021)

62.Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 23.05.2021).

63.Про утворення ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18.09.2015 р. № 604. URL: <http://www.moz.gov.ua>

64.Проект Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України. URL: [http://as-ukr.org/wpcontent/uploads/2016/07/Ohorona\\_zdorov\\_ya\\_CONSEPT\\_16.07.16.pdf](http://as-ukr.org/wpcontent/uploads/2016/07/Ohorona_zdorov_ya_CONSEPT_16.07.16.pdf) (дата звернення: 23.05.2021)

65.Профілактична медицина. Епідеміологія, мікробіологія, вірусологія, паразитологія, інфекційні хвороби. *За кожне життя разом: прискорення до мети 90–90–90*: матеріали III нац. наук.-практ. конф. 2016. № 3–4. додаток.

66.Рингач Н.О. Здоров'я як складова людського капіталу та запорука розвитку. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. (Серія: Економічні науки)*. 2016. Вип. 11. С. 249–258.

67.Рингач Н.О. Оцінка досягнення Цілі Розвитку Тисячоліття щодо зниження дитячої смертності в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2013. № 2. С. 28–39.

68.Рингач Н.О. Ризики для громадського здоров'я та системи охорони здоров'я в Україні, спричинені соціально-економічною і політичною кризою. *Науково-інформаційний вісник Академії національної безпеки*. 2014. № 3–4. С. 64–76.

69.Сердюк О.І., Короп О.А., Просоленко Н.В. та ін. Аналіз деяких показників громадського здоров'я, системи охорони здоров'я і медичної освіти в Харківській області. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 227–231.

70.Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Шафранський В.В. Епідеміологічний нагляд як основна функція громадського здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 4. С. 97–100.

71.Слабкий Г.О., Шафранський В.В. Профілактика, як стратегічний напрямок ефективної діяльності системи охорони громадського здоров'я. *Здоров'я суспільства*. 2017. Т. 6. № 1–2. С. 80–86.

72.Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Миронюк І.С. та ін. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 246–254.

73.Слободян Н.О. Проблемні аспекти формування системи громадського здоров'я в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 2. С. 94–99.

74.Сумська обласна рада. Офіційний сайт. URL: <https://sorada.gov.ua/dokumenty-oblrady...> (дата звернення: 06.03.2021).

75.Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://phc.org.ua/en/node/24> (дата звернення: 21.11.2020).

76.Человеческое развитие в Украине. Модернизация социальной политики: региональный аспект: монография / под ред. Э.М. Либановой. Киев, 2015. 356 с.

77.Шафранський В.В. Використання документів Всесвітньої організації охорони здоров'я в розвитку громадської охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 4. С. 7–11.

78.Шафранський В.В., Слабкий Г.О. Концептуальні підходи до створення системи громадського здоров'я в Україні. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2017. № 1. С. 60–66.

79.Шафранський В.В., Слабкий Г.О. Результати соціологічного опитування організаторів охорони здоров'я та лікарів з питань впровадження

системи громадського здоров'я в Україні. *Вісник проблем біології і медицини*. 2017. Вип. 4. С. 193–198.

80. About Healthy People. A Federal Government Web site The U.S. Department of Health and Human Services. 2016. URL: <https://www.healthypeople.gov/2020/About-Healthy-People>. (дата звернення: 23.05.2021).

81. Costa C.H. et al. Vaccines for the leishmaniases: proposals for a research agenda. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2015: URL: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0000943> (дата звернення: 23.05.2021).

82. Dearing J.W. Applying diffusion of innovation theory to intervention development. *Research on Social Work Practice*. 2016. № 19. P. 503–518.

83. Freidson Elliott. The Social Organization of Illness. In: Brown, Phil. *Perspectives in Medical Sociology*. Illinois: Waveland Press, 2015. P. 285–294.

84. Guidelines for research in partnership with developing countries: 11 principles. Bern, Swiss Commission for Research Partnership with Developing Countries, (KFPE), 2017. 617 p.

85. Health technology assessment programme. London, National Institute for Health Research, 2016. URL: [www.hta.ac.uk/funding/HTAremit.shtml](http://www.hta.ac.uk/funding/HTAremit.shtml) (дата звернення: 23.05.2021).

86. Henderson Gail E. Ed. *The Social Medicine Reader: Social and Cultural Contributions to Health, Difference, and Inequality*. Durham, NC: Duke University Press, 2015. Vol. 2. URL: <https://www.dukeupress.edu/the-socialmedicine-reader-second-edition> (дата звернення: 23.05.2021).

87. Hotez P.J. et al. Strengthening Mechanisms to Prioritize, Coordinate, Finance, and Execute R&D to Meet Health Needs in Developing Countries. Washington, DC, Institute of Medicine, 2015. URL: <https://nam.edu/wpcontent/uploads/2015/06/GlobalHealthRD.pdf> (дата звернення: 23.05.2021)

88. Ideal: Should We Talk About Aging Anxiety in Relation to Body Image? *International journal of aging & human development*. 2016. № 4. P. 255–270.

89. Ijsselmuiden C. Human resources for health research. *MMS Bulletin*. 2017. № 104. P. 22–27.

90. Knibbe M., Vries M., Horstman K. Engaging cultural resources to promote mental health in Dutch LSES neighborhoods: a study of a community based participatory media project. *Health Promotion Inter.* 2015.

91. Mahmood S. et al. Strategies for capacity building for health research in Bangladesh: Role of core funding and a common monitoring and evaluation framework. *Health Research Policy and Systems.* 2016. URL: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-9-31> (дата звернення: 23.05.2021).

92. McKee M., Edwards N., Atun R. Public-private partnership for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization.* 2016. Vol. 84. P. 890–96.

93. Research priorities for zoonoses and marginalized infections. Geneva, World Health Organization, 2015. 459 p.

94. Roerich J., Lewis M.A., George G. Are public-private partnerships a healthy option? A systemic literature review. *Social Science and Medicine.* 2015. Vol. 13. P. 110–19.

95. The world health report 2016 – working together for health. Geneva, World Health Organization, 2016. 471 p.

96. WHO. URL: <http://www.who.int>. (дата звернення: 01.06.2021)

97. Yang B., Prescott N., Bae E. The impact of economic crisis on health-care consumption in Korea. *Health Policy and Planning.* 2016. № 16. P. 372–385.