

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет суспільних наук

Кафедра державного управління

Магістерська робота

на тему:

«Розробка регіональних та місцевих програм, спрямованих на посилення сектору громадського здоров'я в територіальних громадах»

Виконала: студентка II курсу,  
напряму підготовки (спеціальності)  
281 «Публічне управління та адміністрування»

Савка Д.

(прізвище та ініціали)

Науковий керівник:

к.е.н., с.н.с. Засадко В.В.

(посада, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Львів - 2022 рік

Савка Д. О. Розробка регіональних та місцевих програм, спрямованих на посилення сектору громадського здоров'я в територіальних громадах (281 «Публічне управління та адміністрування») / Д. О. Савка / Український католицький університет. Кафедра державного управління; Наук. кер: к.е.н., с.н.с. Засадко В.В. – Львів: УКУ, 2022. – 78 с.

Анотація. У роботі розкрито теоретико - методологічні засади розробки регіональних та місцевих програм з громадського здоров'я в Україні. Проаналізовано закордонний та вітчизняний досвід побудови та функціонування системи громадського здоров'я. Запропоновано низку рекомендацій щодо вдосконалення підходів до розробки регіональних та місцевих програм, з фокусом на посилення інституційної спроможності через підготовку висококваліфікованих фахівців з громадського здоров'я.

Ключові слова. Громадське здоров'я, регіональні та місцеві програми, аналіз інституційної спроможності, управління, підготовка кадрів, територіальні громади, експертна робоча група, Центр контролю та профілактики хвороб.

Abstract. The paper reveals the theoretical and methodological principles of developing regional and local public health programs in Ukraine. Foreign and domestic experience in the construction and operation of the public health system is analyzed. A number of recommendations have been proposed to improve approaches to regional and local program development, with a focus on strengthening institutional capacity through the training of highly qualified public health professionals.

Keywords. Public health, regional and local programs, institutional capacity analysis, governance, training, local communities, expert working group, Center for Disease Control and Prevention.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ІНСТИТУЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ СЕКТОРУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ДЕРЖАВІ...	6
1.1. Політика у сфері громадського здоров'я та її законодавча база.....	6
1.2. Історія становлення системи громадського здоров'я в Україні.....	11
1.3. Закордонний досвід формування інституційних основ громадського здоров'я.....	14
Висновки до розділу I.....	19
РОЗДІЛ II. АНАЛІЗ ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ТА РЕГІОНАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	21
2.1. Концепція реалізації державної політики в сфері громадського здоров'я.....	21
2.2. Проблеми реалізації програм з громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні.....	30
Висновки до розділу II.....	44
РОЗДІЛ III. УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДХОДІВ ЩОДО РОЗРОБКИ РЕГІОНАЛЬНИХ ТА МІСЦЕВИХ ПРОГРАМ, СПРЯМОВАНИХ НА ПОСИЛЕННЯ СЕКТОРУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ.....	46
3.1. Пропозиції щодо напрямків удосконалення регіональних програм в сфері громадського здоров'я.....	46
3.2. Посилення кадрового потенціалу реалізації програм в сфері громадського здоров'я.....	53
Висновки до розділу III.....	56
ВИСНОВКИ.....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	61

## ВСТУП

Актуальність роботи. Реформа децентралізації, а також процес трансформації системи охорони здоров'я покращили спроможність місцевих органів влади використовувати свої нові повноваження та ресурси таким чином, аби здоров'я та благополуччя мешканців даної території стали центром усіх рішень, що реалізуються в громадах. Очевидно це поретбачатиме включення охорони здоров'я до всіх політик, де кожне офіційне рішення місцевих органів самоврядування приносить найбільшу користь для здоров'я населення. Саме тому важливо, аби місцева влада усвідомлювала перспективу реалізації регіональних та місцевих програм в секторі громадського здоров'я, а також володіли всіма необхідними навичками для роботи з цим сектором.

Об'єктом дослідження є сектор громадського здоров'я в територіальних громадах України.

Предметом дослідження є регіональні та місцеві програми, спрямовані на посилення сектору громадського здоров'я в територіальних громадах України.

Мета магістерської роботи полягає у вдосконаленні підходів щодо розробки регіональних та місцевих програм, спрямованих на посилення сектору громадського здоров'я в територіальних громадах.

Завданнями дослідження є:

- охарактеризувати особливості політики у сфері громадського здоров'я;
- здійснити ретроспективний огляд історії становлення системи громадського здоров'я в Україні;
- розглянути закордонний досвід формування інституційної основи громадського здоров'я;
- проаналізувати концепцію реалізації державної політики в сфері громадського здоров'я;

- визначити ключові проблеми реалізації програм з громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні;

- розробити пропозиції щодо напрямків удосконалення регіональних програм в сфері громадського здоров'я;

- окреслити можливі заходи посилення кадрового потенціалу реалізації програм в сфері громадського здоров'я.

У роботі використані такі методи дослідження: аналіз, синтез, порівняння, ретроспективний аналіз, глибинні інтерв'ю, експертне опитування.

Магістерська робота складається з трьох розділів. У першому розділі здійснено огляд теоретичних та інституційних підходів до формування сектору громадського здоров'я в державі. Другий розділ присвячений аналізу формування державної та регіональної політики в сфері громадського здоров'я. У третьому розділі містяться пропозиції вдосконалення підходів щодо розробки регіональних та місцевих програм, спрямованих на посилення сектору громадського здоров'я в територіальних громадах.

Загальна кількість сторінок основного тексту магістерської дипломної роботи складає 67 сторінок; кількість рисунків - 3; кількість таблиць - 1; кількість використаних джерел - 33.

## РОЗДІЛ І

### ТЕОРЕТИЧНІ ТА ІНСТИТУЦІЙНІ ПІДХОДИ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ СЕКТОРУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ДЕРЖАВІ

#### **1.1. Політика у сфері громадського здоров'я та її законодавча база**

Громадське здоров'я – це широкий термін, який важко окреслити кількома словами. Чарльз-Едвард А. Вінслоу, теоретик і лідер американського громадського здоров'я в першій половині 20-го століття, визначив громадське здоров'я в 1920 році таким чином:

”Наука та мистецтво запобігання хворобам, продовження життя та зміцнення фізичного здоров'я та працездатності шляхом організованих зусиль громади щодо санітарії навколишнього середовища, боротьби з інфекціями у громаді, навчання особистості принципам особистої гігієни, організація - надання медичних та сестринських послуг для ранньої діагностики та профілактичного лікування захворювань, а також розвиток соціального механізму, який забезпечує кожній людині в громаді рівень життя, достатній для підтримки здоров'я.”

Громадське здоров'я включає мету — максимальне здоров'я для всіх — а також засоби для досягнення цієї мети. Громадське здоров'я займається профілактикою захворювань та інвалідності. Ця мета спрямована на користь усього населення на відміну від медицини, яка зосереджена на індивідуальній особистості.

Функції громадського здоров'я в громаді можна порівняти з функціями лікаря у догляді за пацієнтом. Громадське здоров'я діагностує та лікує хвороби громади шляхом оцінки, розробки політики та гарантії. Воно спирається на інструменти науки та політики. Науки про громадське здоров'я, епідеміологія та статистика, застосовуються для оцінки здоров'я

населення. Політика розроблена на основі біомедичних наук, соціальних і поведінкових наук, наук про здоров'я навколишнього середовища та вивчення системи медичної допомоги. Громадське здоров'я залежить від політики для прийняття рішень. Рішення про заходи громадського здоров'я, які має приймати громада, якщо вони вимагають дій уряду, приймаються через політику.

Профілактичні заходи можуть застосовуватися на трьох рівнях: первинна профілактика спрямована на запобігання виникненню захворювання або травми взагалі; вторинна профілактика спрямована на мінімізацію шкоди, заподіяної хворобою або подією, що спричиняє травму, коли вона виникає; а третинна профілактика спрямована на мінімізацію будь-якої наступної інвалідності шляхом надання медичної допомоги та реабілітації.

Програми профілактики громадського здоров'я функціонують за допомогою втручань, призначених для переривання ланцюга причинно-наслідкових зв'язків, що призводить до захворювання або травми..

Підхід громадської охорони здоров'я до проблем зі здоров'ям у громаді описується як процес із п'яти кроків:

1. Дайте визначення проблеми здоров'я.
2. Визначте фактори ризику, пов'язані з проблемою.
3. Розробити та протестувати заходи на рівні громади для контролю або запобігання причини проблеми.
4. Здійснювати заходи щодо оздоровлення населення.
5. Відстежуйте ці втручання, щоб оцінити їх ефективність.

Таким чином, основним завданням профілактики є розробка заходів, спрямованих на запобігання конкретним проблемам, які були виявлені або в результаті процесу оцінки, ініційованого органом охорони здоров'я, або через стурбованість громади, викликану незвичайним перебігом подій.

Наприклад, статистичні дані можуть показати, що в громаді високий рівень захворюваності на рак у порівнянні з іншими подібними спільнотами. Або низка смертельних ДТП, спричинених п'яним водінням, може змусити громаду вимагати дій, щоб запобігти подальшим трагедіям.

Громадська охорона здоров'я розробила систематичні способи мислення щодо таких проблем, які полегшують процес розробки заходів, які запобігають небажаним результатам для здоров'я. Один підхід полягає в тому, щоб думати про профілактику на трьох рівнях: первинна профілактика, вторинна профілактика та третинна профілактика. Первинна профілактика запобігає виникненню захворювання або травми, запобігаючи впливу факторів ризику. Вторинна профілактика спрямована на мінімізацію тяжкості захворювання або пошкодження внаслідок події, що спричиняє травму, після того, як подія сталася. Третинна профілактика спрямована на мінімізацію інвалідності шляхом надання медичної допомоги та реабілітаційних послуг.

Таким чином, заходи первинної профілактики раку включають зусилля, спрямовані на те, щоб відмовити підлітків від куріння та намагання заохотити курців кинути палити. У рамках вторинної профілактики створюються програми скринінгу для раннього виявлення раку, коли він ще піддається лікуванню. Третинна профілактика передбачає медикаментозне лікування та реабілітацію онкологічних хворих.

Такий спосіб мислення був дуже ефективним у розробці програм безпеки дорожнього руху, які за останні п'ять десятиліть значно знизили рівень травматизму в результаті ДТП. Первинна профілактика зосереджена на запобіганні виникненню аварій, наприклад, шляхом будівництва розділених магістралей та встановлення світлофорів. Вторинна профілактика включала створення безпечніших автомобілів із міцнішими бамперами, м'якими приладовими панелями, ременями безпеки та подушками безпеки. Він також включав закони, які зобов'язують водіїв і



пасажирів бути пристебнутими ременями безпеки. А третинна профілактика вимагала розвитку служб екстреної медичної допомоги.

Діяльність у сфері громадського здоров'я у світі спирається на ряд загальноприйнятих документів, керівництв і принципів, про що зазначено в операційному посібнику «Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я» [16, с.10-12]. Основними з них є:

- *Алма-Атинська декларація ВООЗ з первинної медико-санітарної допомоги.*
- *Оттавська хартія зі зміцнення здоров'я*
- *Рамкова конвенція ВООЗ боротьби проти тютюну*
- *Міжнародні медико-санітарні правила*
- *Політична декларація Ріо-де-Жанейро щодо соціальних детермінантів*
- *Резолюція Генеральної Асамблеї ООН з профілактики та контролю за неінфекційними хворобами*
- *Гельсінська заява щодо здоров'я у всіх політиках*
- *Європейська політика в інтересах здоров'я та добробуту «Здоров'я-2020»*

Особливої уваги заслуговують наступні **3** документи:

- 1) *Європейський план дій з посилення потенціалу та послуг громадського здоров'я*

Європейський план дій зі зміцнення потенціалу та послуг громадського здоров'я був складений у відповідь на резолюцію Європейського регіонального комітету ВООЗ EUR/RC61/R2, згідно з якою Регіональний комітет доручив Європейському регіональному бюро ВООЗ очолити процес розробки План дій та подати його на розгляд Регіонального комітету на його 62-й сесії у вересні 2012 року разом з

новою європейською основою політики охорони здоров'я «Здоров'я-2020».[3]

У цьому документі викладено деякі з основних проблем, які стоять перед політикою та системами охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ, включаючи розгляд послуг та інфраструктур громадського здоров'я та аспектів охорони здоров'я у сфері охорони здоров'я. Він ґрунтується на даних, зібраних у процесі оцінки служб охорони здоров'я під керівництвом ВООЗ/Європи у більш ніж 20 європейських країнах, Огляду спроможності громадського здоров'я в Європейському Союзі та додаткових досліджень інструментів політики та інструментів громадського здоров'я, а також «моментальний аналіз» організаційних моделей для надання ЕРНО. Ці звіти будуть представлені обласному комітету на його 62-й сесії як інформаційні документи.[3]

*2)План дій щодо профілактики та контролю за неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2025 рр.*

Запропонований План дій з профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2025 рр. продовжує та оновлює План дій щодо впровадження Європейської стратегії з профілактики та контролю неінфекційних захворювань на 2012–2016 рр.. Беручи до уваги нові дані, цікавих подій, наявних зобов'язань і прогресу держав-членів, План дій зосереджений на пріоритетних сферах дій і втручань на наступні 10 років з метою досягнення регіональних і глобальних цілей щодо зниження передчасної смертності, зниження тягаря захворювань, покращення якості життя та зробити очікувану тривалість здорового життя більш справедливою.

План дій був розроблений шляхом консультативного процесу під керівництвом технічних експертів. Його формулювання включає в себе основу політики Здоров'я 2020, подальші заходи після зустрічей високого

рівня ООН з неінфекційних захворювань у 2011 та 2014 роках, а також результати нещодавно прийнятих Цілей сталого розвитку.[18]

### *3)Цілі сталого розвитку*

Здоров'я займає чільне місце серед Цілей сталого розвитку (ЦСР). Ціль охорони здоров'я (Ціль 3) є широкою: «Забезпечити здорове життя та сприяти добробуту для всіх у будь-якому віці». У декларації ЦСР наголошується, що для досягнення загальної мети охорони здоров'я «ми повинні досягти загального охоплення медичними послугами та доступу до якісної медичної допомоги. Ніхто не повинен залишатися позаду». Це ставить охоплення медичними послугами як центр мети охорони здоров'я і водночас як внеску та бенефіціара сталого розвитку, пов'язаного з усіма іншими цілями сталого розвитку. Досягнення Цілі 3 залежатиме від прогресу в інших ЦР – наприклад, скорочення бідності; освіта; харчування; гендерна рівність; чиста вода та санітарія, стійка енергетика та безпечніші міста.[25]

## **1.2. Історія становлення системи громадського здоров'я в Україні**

Підписавши Угоду про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їхніми державами-членами, з іншої. Україна взяла на себе зобов'язання розвивати співпрацю в галузі охорони здоров'я. У підписаній угоді є окрема глава 22, яка називається «Громадське здоров'я», у якій розкриваються зобов'язання України щодо впровадження заходів для захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку й економічного зростання [29].

Як член Організації Об'єднаних Націй (ООН), Україна приєдналася до реалізації Цілей сталого розвитку [24]. через розробку відповідних національних стратегічних завдань, серед яких особлива увага

приділяється встановленню та розмежуванню повноважень у сфері громадського здоров'я між зацікавленими сторонами та формуванню програм громадського здоров'я.

Концепція розвитку системи громадського здоров'я, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. за No 1002-р, розкриває основні засади, напрями, завдання, механізми та строки розбудови системи громадського здоров'я в Україні. Середньостроковий план пріоритетних дій уряду до 2020 р., затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 03.04.2017 р. за No 275-р, визначає напрям «Розвиток системи громадського здоров'я», який передбачає запровадження нових підходів і програм до вирішення проблем громадського здоров'я [21].

Міністерство охорони здоров'я України створило Центр громадського здоров'я – заклад охорони здоров'я, що 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[9].

4 лютого Верховна Рада України прийняла в першому читанні за основу законопроект №4142 «Про систему громадського здоров'я». Законопроект — це результат спільної роботи протягом 3 останніх років експертної спільноти та міжнародних партнерів (BOOЗ, ЄС, DTRA, USAID, та ін.). Документ має на меті створення повноцінної національної епідеміологічної служби [22].

Тож з 1 липня 2021 року відповідно до постанови КМУ від 17.02.2021 №1121 в усіх областях України та м. Києві запрацювали Центри контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ), сформовані на базі діючих обласних Центрів громадського здоров'я. Нова система громадського здоров'я

насамперед направлена на розбудову потужної вертикалі епідемічного контролю в регіонах [20].

Зазначені документи підкреслюють важливість переорієнтації від санітарного нагляду і боротьби з інфекційними хворобами до нового підходу щодо громадського здоров'я. Більшість країн Європи обрали саме такий шлях, зосереджуючи увагу на зміцненні здоров'я, про-філактиці захворювань і міжсекторальній взаємодії. Така переорієнтація дозволила країнам Європейського Союзу збільшити середню тривалість життя та поліпшити добробут населення[21].

Децентралізація, запроваджена в Україні, відкрила багато можливостей для зміцнення здоров'я мешканців об'єднаних територіальних громад. Керівництво об'єднаних територіальних громад активно долучається до реформи охорони здоров'я, ухвалює управлінські рішення щодо поліпшення послуг охорони здоров'я та долучається до вирішення проблем, які виникають у закладів охорони здоров'я на місцях. Відповідно до Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні заплановано та розпочався перехід від вертикального управління, коли більшість закладів громадського здоров'я були в підпорядкуванні МОЗ, до децентралізованої моделі системи громадського здоров'я, коли заклади громадського здоров'я передаються в управління органам місцевого самоврядування і при цьому зберігається фінансування з державного бюджету[21].

Саме тому одним із ключових гравців у системі громадського здоров'я є органи місцевого самоврядування. До функцій органів місцевого самоврядування належать:

- визначення пріоритетів щодо формування регіональної політики та стратегічного управління з питань громадського здоров'я;
- розробка регіональних планів, які містять комплексні заходи та програми з профілактики та лікування захворювань, що спричиняють

найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив в області/ територіальній громаді [21].

### 1.3. Закордонний досвід формування інституційних основ громадського здоров'я

В багатьох країнах система громадського здоров'я вже давно сформована, так як розвивалась паралельно з тим, як змінювались погляди на захист населення, промоцію здоров'я та превентивну медицину. У таблиці (табл. 1.1) , розробленій Громадською організацією РН Capital у авторстві Наталії Кириченко, Марії Бачмаги («Роль системи громадського здоров'я у контексті пандемії»), узагальнено досвід п'яти країн: Франції, Британії, Данії, США та Естонії. Критеріями аналізу є організаційна та інституційна структура, основні функції.

Таблиця 1.1

Огляд відповідальних органів громадського здоров'я на прикладі 5 країн

#### ВІДПОВІДАЛЬНІ ОРГАНИ ЗА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В РІЗНИХ КРАЇНАХ

Критерій	Франція	Британія	Данія	США	Естонія
<b>Орган і підпорядкування</b>	Santé publique France при МОЗ. Директор призначається Президентом Франції	Public Health England незалежна структура департаменту здоров'я і соціальної опіки. CEO вибирається групою міжнародних експертів	Агентство з питань здоров'я при МОЗ. Директор призначається Міністром.	CDC при Департаменті здоров'я. Директор призначається Президентом	Інспекція охорони здоров'я при Міністерстві соціального забезпечення
<b>Структура</b>	657 працівників, Рада директорів	5 500 працівників, 10 директоратів 3 форуми			
<b>Територіальні підрозділи</b>	16 підрозділів у регіонах (співпраця з деп. здоров'я)	8 підрозділів у регіонах, які покривають 4 регіони	Відсутні. Функції на місцях виконують муніципалітети	Відсутні. Кожен штат має свій орган з питань ГЗ	15 повітних відділень
<b>Роль</b>	Епіднагляд, аналіз, рекомендації МОЗ, виявлення ризиків, рекомендації МОЗ, епідрозсл.	наука, дослідження, поширення знань, адвокація, партнерство та надання спеціалізованих консультацій	Епіднагляд, аналіз, рекомендації Щорічні контракти з МОЗ	Епіднагляд, аналіз, рекомендації, комунікації, планування, аналіз ризиків	Планування у сфері ГЗ, профілактика захворювань, боротьба з інфекційними хворобами і нагляд за факторами ризику в довкіллі
<b>Джерело</b>	<a href="https://www.santepubliquefrance.fr">https://www.santepubliquefrance.fr</a>	<a href="https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england">https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england</a>	<a href="https://www.sst.dk/">https://www.sst.dk/</a>	<a href="https://www.cdc.gov/about/organization/cio.htm">https://www.cdc.gov/about/organization/cio.htm</a>	<a href="https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/80689/E85516">https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/80689/E85516</a>

Джерело: [27]

Як приклад детальніше розглянемо американську систему громадського здоров'я, яка в своїх ключових аспектах максимально перегукується з системою, яка реалізується в Україні.

#### *Місцеві органи охорони здоров'я*

Організація охорони здоров'я на місцевому рівні відрізняється від штату до штату і навіть у межах штатів. Найпоширенішим місцевим агентством є окружний департамент охорони здоров'я. Велике місто може мати власний муніципальний відділ охорони здоров'я, а сільські райони можуть обслуговуватись департаментами охорони здоров'я кількох округів.

Місцеві департаменти охорони здоров'я несуть повсякденну відповідальність за питання громадського здоров'я у своїй юрисдикції. Сюди входить збір статистики здоров'я; проведення програм боротьби з інфекційними хворобами; проведення скринінгу та імунізації; надання послуг з охорони здоров'я та програм контролю хронічних захворювань; проведення санітарних, санітарно-технічних та інспекційних програм; проведення шкільних оздоровчих програм; а також надання послуг з охорони здоров'я матері та дитини та медичних сестер. Психічне здоров'я може бути або не бути відповідальністю окремого агентства.

У багатьох штатах закони покладають на місцеві агенції охорони здоров'я відповідальність за надання медичної допомоги бідним. Хоча це завдання можна вважати частиною функції забезпечення, визначеної в «Майбутнє громадського здоров'я» [31].

Інститут медицини виявив, що ця роль має тенденцію споживати надмірні ресурси та відволікає місцеві департаменти охорони здоров'я від виконання своїх функцій оцінки та розробки політики. Надання медичних послуг державними клініками часто було джерелом тертя з медичним закладом.

Джерело фінансування діяльності місцевих департаментів охорони здоров'я сильно варіюється в різних штатах. Деякі штати надають основну частину фінансування місцевим департаментам охорони здоров'я, в той час як інші – дуже малу частку. Федеральний уряд може безпосередньо фінансувати деякі заходи місцевого департаменту охорони здоров'я, або федеральні кошти можуть передаватися від штатів. Частина місцевого бюджету охорони здоров'я зазвичай надходить із місцевих податків на майно та продажів, а також від зборів, які департамент стягує за деякі послуги. Ступінь, до якої місцеві департаменти охорони здоров'я реагують на доручення штату та федерального уряду, ймовірно, залежатиме від того, скільки бюджету місцевого агентства забезпечується цими джерелами. Коли основна частина бюджету місцевого департаменту охорони здоров'я визначається міською радою або законодавчим органом округу, здатність місцевого агентства виконувати основні функції може залежати від його здатності інформувати законодавчий орган щодо громадського здоров'я та його важливості.

#### *Державні департаменти охорони здоров'я*

Штати несуть основну конституційну відповідальність і повноваження щодо захисту здоров'я, безпеки та загального добробуту населення, і велика частина цієї відповідальності покладається на департаменти охорони здоров'я штатів. Обсяг цієї відповідальності різний: деякі штати мають окремі агенції із соціальних служб, старіння, психічного здоров'я, навколишнього середовища тощо. Це може спричинити проблеми, наприклад, коли екологічна агенція приймає рішення, які впливають на здоров'я населення, без консультації з органом охорони здоров'я. Деякі державні департаменти охорони здоров'я сильно централізовані, тоді як інші делегують більшу частину своїх повноважень місцевим департаментам охорони здоров'я. Департаменти охорони здоров'я штатів сильно залежать від федеральних грошей для багатьох



програм, і, таким чином, їхні повноваження обмежені умовами, пов'язаними з федеральними фондами.

Державні департаменти охорони здоров'я різною мірою визначають діяльність місцевих управлінь охорони здоров'я. Департамент охорони здоров'я штату може встановлювати політику, якої повинні дотримуватися місцеві агенції, і вони, як правило, забезпечують значне фінансування як із державних джерел, так і як канали для федеральних коштів. Державний департамент охорони здоров'я координує діяльність місцевих агенцій, збирає та аналізує дані, надані місцевими агенціями. Лабораторні послуги часто надаються державними департаментами охорони здоров'я.

Державні департаменти охорони здоров'я зазвичай доручаються ліцензуванню та сертифікації медичного персоналу, установ і послуг з метою підтримки стандартів компетентності та якості допомоги. Людей, які не мають приватного медичного страхування, зазвичай турбують державні департаменти охорони здоров'я, хоча багато штатів передають цю відповідальність на місцевість. Деякі з цих людей охоплені програмою Medicaid, спільною федеральною державною програмою для бідних.

#### *Федеральні агентства, що займаються охороною здоров'я*

Більшість традиційних заходів з охорони здоров'я на федеральному рівні, крім охорони навколишнього середовища, підпадають під юрисдикцію Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб (HHS). Переважаючими агенціями є Центри контролю та профілактики захворювань (CDC), Національні інститути здоров'я (NIH) та FDA. Генеральний хірург є провідним представником країни з питань охорони здоров'я. Ця позиція сама по собі не має великого авторитету, але вона стала дуже помітною у 1980-х роках, коли К. Еверетт Куп з великою сміливістю та моральним авторитетом висловився на політично суперечливі теми СНІДу та тютюну.

CDC є головною оцінкою та епідеміологічним агентством для нації. Місія CDC, як випливає з його назви, полягає в контролі та запобіганні захворювань людей. Традиційно CDC зосереджувався на інфекційних захворюваннях і тому був орієнтований на кризу. Навпаки, НІН дотримується більш довгого погляду на дослідницьке агентство. CDC укомплектований епідеміологами, які подорожують країною та світом, щоб виявити спалахи захворювань, відстежити причини епідемій та зупинити їх поширення. У штаб-квартирі в Атланті також є лабораторії, де вчені біомедицини вивчають віруси та бактерії, пов'язані з епідемією. Одним із 12 центрів, інститутів та офісів CDC є Національний центр статистики охорони здоров'я, який є національним органом зі збору, аналізу та поширення даних про стан здоров'я в Сполучених Штатах.

За останні десятиліття CDC розширив свою місію, включивши в неї хронічні захворювання, генетику, травми та насильство, а також здоров'я навколишнього середовища. Зміна фокусу CDC виправдовується аргументом про те, що інфекційні захворювання більше не є основною причиною смерті та інвалідності в Сполучених Штатах і що ці інші проблеми повинні бути вирішені, щоб досягти подальшого прогресу в запобіганні захворюванням і боротьбі з ними. Однак участь CDC у програмах запобігання неінфекційним захворюванням, травмам і насильству є політично більш суперечливою, оскільки вона втягує агентство в обговорення поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, а також галузей, таких як тютюн та вогнепальна зброя, які мають прихильників. в Конгресі.

CDC випускає щотижневий видання під назвою «Щотижневий звіт захворюваності та смертності» (MMWR), яке широко розповсюджується у друкованому та електронному вигляді через Інтернет. MMWR повідомляє про своєчасні теми громадського здоров'я, якими займається CDC, такі як спалахи інфекційних захворювань та нові небезпеки для навколишнього

середовища та поведінки. Перша опублікована доповідь, яка сповістила про початок епідемії СНІДу, з'явилася в MMWR 4 червня 1981 року.<sup>12</sup> У журналі CDC Emerging Infectious Diseases, опублікованому в друкованому та в Інтернеті, обговорюються нові загрози інфекційних захворювань, які виникають у природі, а також потенційні загрози біотерористичної діяльності.

НІН є найбільшим біомедичним дослідницьким комплексом у світі з власними дослідницькими лабораторіями, більшість з яких розташовані в Бетесді, штат Меріленд, а також програмою, яка надає гранти вченим-біомедицинам в університетах і дослідницьких центрах по всій Сполучених Штатах. НІН підтримує дослідження, починаючи від основних клітинних процесів і закінчуючи фізіологічними помилками, які лежать в основі захворювань людини. Клінічний центр НІН в Бетесді — це дослідницький госпіталь, де медичні дослідники перевіряють експериментальні методи лікування. НІН також включає Національну медичну бібліотеку, яка служить довідковою бібліотекою для медичних центрів у всьому світі [Introduction to public health / Mary-Jane Schneider, with Henry S.Schneider ; drawings by Henry S. Schneider.Description: Fifth edition. | Burlington : Jones & Bartlett Learning, MA, 2017, Chapter 3, page 29-37].

## **Висновки до розділу I**

Концепція громадського здоров'я вже давно успішно реалізується в багатьох розвинених країнах світу. Важливо, що для реалізації системи громадського здоров'я вкрай необхідно забезпечити міжсекторальну взаємодію та мультидисциплінарний підхід, адже тільки таким чином можна забезпечити одну з найважливіших функцій громадського здоров'я - здоров'я у всіх політиках.

Сама система побудована таким чином, щоб в центрі знаходились добробут та здоров'я громади. Тож в даному випадку опір здійснюється на територіальні громади як носії ініціативи. Концепція СЕС, яка тривалий час реалізовувалась в Україні як успадкована від СРСР, часто нехтувала загальними принципами збереження здоров'я та не мала на меті діяти з точки взаємодії з різними державними інституціями. Тут радше йшлося про виконання директив, які спускались по вертикалі влади зверху вниз.

Тож пріоритетним завданням кількох останніх років було ліквідувати застарілу систему та розробити нову, в якій доказова медицина, достовірні дані та інтереси громади є ключовими ланками її функціонування.

Україна в свій час взяла на себе низку зобов'язань, які стали поштовхом для розробки та реалізації концепції з громадського здоров'я. Як результат, було напрацьовано рамку у вигляді нормативно-правової бази, де враховано враховано потребу всіх рівнів системи громадського здоров'я реалізовувати програму з урахуванням локального контексту.

## РОЗДІЛ II

### АНАЛІЗ ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ТА РЕГІОНАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

#### 2.1. Концепція реалізації державної політики в сфері громадського здоров'я

Створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожної особи впродовж всього життя, досягнення європейських стандартів якості життя та благополуччя населення були одним із основних завдань, визначених Стратегією сталого розвитку “Україна - 2020”, схваленою Указом Президента України від 12 січня 2015 р. № 5, та частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. Створення сприятливих умов для зміцнення та збереження здоров'я людей як найвищої соціальної цінності, забезпечення реалізації права особи на оздоровчу рухову активність стало передумовою схвалення у 2016 році Президентом України Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року “Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація” та створення Концепції розвитку системи громадського здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. за № 1002-р.[21]

Збереження здоров'я та забезпечення повноцінного життя людей є одними з найважливіших цілей світової спільноти, відображених у засадах європейської політики “Здоров'я - 2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя”. Концепція, в свою чергу, 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 та

покращення якості життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства[21].

Реалізували цю Концепцію протягом 2017-2020 років.

Ця Концепція визначає систему громадського здоров'я як комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку і заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства. Фактично, з реалізацією Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні розпочався перехід від вертикального управління, коли більшість закладів громадського здоров'я були в підпорядкуванні МОЗ, до децентралізованої моделі системи громадського здоров'я, коли заклади громадського здоров'я передаються в управління органам місцевого самоврядування і при цьому зберігається фінансування з державного бюджету [21].

Органи місцевого самоврядування відіграють ключову роль у створенні умов для поліпшення здоров'я та добробуту жителів громад, адже саме місцева влада найбільше розуміє, що умови, у яких люди живуть, працюють і відпочивають, мають вирішальне значення для їх здоров'я та добробуту. Щодня влада об'єднаної територіальної громади має прямий контакт з багатьма жителями своєї громади. Повністю інтегрована функція охорони здоров'я в діяльність органів місцевого самоврядування як на стратегічному рівні, так і на рівні надання послуг створює можливості для того, щоб кожен такий контакт впливав на поліпшення здоров'я та добробуту населення[16].

Концепція, зокрема, передбачала забезпечення децентралізації через передачу визначених функцій у сфері громадського здоров'я та ресурсів органам місцевого самоврядування. На органи місцевого самоврядування

Концепцією покладене завдання розробки місцевих і регіональних комплексних та цільових програм з вирішення пріоритетних питань у сфері громадського здоров'я. За планами Міністерства охорони здоров'я, 2020 рік мав стати роком завершення формування регіональних Центрів громадського здоров'я. Було заплановано розпочати створення в них відділів імунопрофілактики.

Тож на районному та місцевому рівні відповідно до Концепції концентрувались наступні функції:

- залучення центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, індивідуальних лікарів загальної практики – сімейних лікарів, медичного персоналу, об'єднань громадян і волонтерів до здійснення протиепідемічних і профілактичних заходів щодо інфекційних хвороб, проведення індивідуальної та масової профілактики захворювань, аналізу стану здоров'я населення, розроблення рекомендацій щодо профілактики та зниження впливу негативних факторів виникнення захворювань, розслідування поодиноких випадків інфекційних хвороб, проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань профілактики інфекційних хвороб і неінфекційних захворювань, навчання населення з питань здорового способу життя;
- своєчасне інформування про випадки інфекційних хвороб, отруєнь серед населення;
- розслідування випадків і спалахів інфекційних хвороб, які не поширюються за межі домогосподарств;
- виконання програм у сфері громадського здоров'я;
- участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я, які мають локальне значення[21].

У Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» вказано на обов'язок державних, громадських органів, підприємств, установ, організацій, посадових осіб і громадян забезпечити пріоритетність охорони здоров'я у власній діяльності (ст. 5). Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (ст. 3) визначив можливість фінансування з державного та місцевого бюджетів програм громадського здоров'я.

Відповідно до Закону України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України» від 07.12.2017 р. за № 2233-VIII з 1 січня 2020 р.[4] на громадське здоров'я передбачались такі видатки:

1. З державного бюджету України – на «державні програми громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» (ст. 87);
2. З бюджетів міст республіканського, Автономної Республіки Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад – на «місцеві програми громадського здоров'я» (ст. 89);
3. З бюджету Автономної Республіки Крим та обласних бюджетів – на «регіональні програми громадського здоров'я» (ст. 90).[4]

Саме в цих видатках мають бути передбачені ресурси на фінансування регіональних планів з профілактики та лікування захворювань, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив. Розробка та затвердження регіональних планів передбачено пунктом 3.12 Плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 18.08.2017 р. за № 560-р. [16, с.13-19].

Роботу по оптимізації бюджетного фінансування різних напрямків у сфері громадського здоров'я уряд провів у 2020 році. Так, було розроблено бюджетну програму «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями».



Проект міжнародної технічної допомоги «Надання підтримки Україні у розвитку сучасної системи громадського здоров'я» має за мету створення сучасної системи безпеки крові в Україні розширити функції Центру громадського здоров'я та Директорату громадського здоров'я. Проект тривав до 12 травня 2022 року, на реалізацію якого ЄС виділив близько 3 млн євро. Як вбачається з вищенаведеного, орієнтовно з 2017 року нова система громадського здоров'я будується за принципами децентралізації та субсидіарності. Координатором та технічним лідером програм та проектів у цій сфері має стати Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я. Центр матиме доступ до медичної статистичної інформації, здійснюватиме обробку баз даних, готуватиме науково обґрунтовані рішення та аналітику у сфері громадського здоров'я. Також, він керуватиме обласними установами у сфері громадського здоров'я[22].

Однак, в час, коли концепція здоров'я 2020 завершилась, а нова концепція перебуває на стадії розробки, було розглянуто законопроект Про систему громадського здоров'я, який, за словами його авторів, допоможе створити єдину систему профілактичної медицини. Пріоритетом розвитку такої системи є принцип, при якому інтереси здоров'я мають враховуватися в усіх сферах державної політики. Це відбуватиметься завдяки ефективній співпраці з усіма центральними органами виконавчої влади, в тому числі завдяки обміну інформацією про фактори, що впливають на стан здоров'я населення. Документ визначає засади, напрями, завдання, механізми і строки розбудови системи громадського здоров'я для формування та реалізації ефективної державної політики зі збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя. Це стане можливим завдяки об'єднанню зусиль усього суспільства[22].

Проект закону визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні, зокрема:

- вводить на законодавчому рівні поняття «громадське здоров'я» як сферу знань та організовану діяльність суб'єктів у системі громадського здоров'я щодо зміцнення здоров'я, запобігання хворобам та збільшення тривалості життя;

- визначає суб'єктів правовідносин у системі громадського здоров'я;

- визначає і розмежовує повноваження Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, інших центральних органів виконавчої влади, місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування в системі громадського здоров'я;

- передбачає створення Координаційної ради з питань громадського здоров'я як постійного консультативно-дорадчого органу Міністерства охорони здоров'я України щодо питань громадського здоров'я;

- визначає поняття компетентного органу у сфері громадського здоров'я;

- визначає оперативні функції громадського здоров'я, тобто основні напрямки діяльності, які здійснюються в державі для забезпечення максимально високих показників здоров'я і благополуччя населення, а також найбільш повного дотримання принципу справедливості щодо здоров'я;

- визначає основні засади здійснення оперативної функції епідеміологічного нагляду, у тому числі формування інформаційного фонду громадського здоров'я як державного інформаційного ресурсу, що містить дані про стан здоров'я, благополуччя населення і показники середовища життєдіяльності;

- визначає основні засади здійснення оперативної функції моніторингу, готовності і реагування на небезпечні чинники та надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, у тому числі положення щодо виконання Міжнародних медико-санітарних правил та своєчасність реагування з метою локалізації та ліквідації таких загроз;
- закладає основні засади кадрового, наукового та фінансового забезпечення системи громадського здоров'я[22].

Проектом закону також передбачено внесення змін, що впливають з його змісту, до ряду кодексів та законів України. Законопроект прийнято у першому читанні із врахуванням пропозицій Комітетом з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування, згідно з якими замість створення на базі Центру громадського здоров'я (ЦГЗ) служби з боротьби з біологічними загрозами для реагування на біологічні загрози, вирішено наділити повноваженнями ЦГЗ та підсилити його мережею регіональних центрів контролю та профілактики захворювань. З огляду на досвід пандемії COVID-19, постала потреба в перегляді функцій та взаємодій у сфері епідконтролю. Насамперед ідеться про перехід від децентралізованої системи до чітко керованої структури. Таким чином, в розрізі нової організаційної структури з'являється така установа як ЦКПХ - Центр контролю та профілактики хвороб. Відтак регіональні ЦКПХ підпорядковуватимуться МОЗ через головного державного санітарного лікаря (рис. 2.1). Це дасть змогу забезпечити швидке реагування на виклики пандемії, а також злагоджену роботу щодо інших викликів у сфері громадського здоров'я[22].

## СТРУКТУРА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ОРГАНІЗАЦІЙНА

відповідно до Проекту Закону України про систему громадського здоров'я



Рис. 2.1. Організаційна структура системи громадського здоров'я в Україні

Джерело: [21]

Основою для новостворених ЦКПХ стануть Лабораторні центри МОЗ України. Фахівці Регіональних Центрів громадського здоров'я будуть переведені до ЦКПХ, щоби посилити потенціал у напрямках комунікації, профілактики й контролю неінфекційних захворювань, а також промоції вакцинації як рутинної, так і проти COVID-19. Центри будуть мати в складі оперативно-диспетчерський підрозділ та бригади оперативного реагування, а їхні керівники — матимуть статус головних державних санітарних лікарів областей.

Відповідно до законопроекту № 4142 [22] функціями ЦКПХ є:

- координація та проведення епідеміологічного нагляду й аналізу;
- індикація та ідентифікація збудників інфекційних хвороб, що мають значний епідемічний потенціал та/або міжнародне значення та підпадають під регуляцію ММСП;

- реагування на надзвичайні ситуації у сфері ГЗ спільно з регіональними ЦКПХ у рамках роботи функціональних і територіальних підсистем єдиної державної системи цивільного захисту;

- проведення секвенування збудників інфекційних хвороб із метою розслідування причинно-наслідкових зв'язків виникнення та розповсюдженні інфекційних хвороб, у тому числі інфекцій, які передаються при наданні медичної допомоги;

- повідомлення МОЗ про ризики у сфері ГЗ та управління такими ризиками в межах компетенції;

- розробка пропозицій, планів дій та рекомендацій щодо здійснення заходів, спрямованих на поліпшення показників здоров'я і благополуччя населення та вдосконалення системи ГЗ;

- збір та обробка інформації для формування інформаційного фонду ГЗ;

- проведення періодичного аналізу детермінантів здоров'я, заходів впливу на детермінанти здоров'я та заходи, спрямовані на запобігання, зменшення та усунення нерівностей щодо здоров'я;

- моніторинг заходів щодо зміцнення здоров'я, показників рухової активності, статевого й репродуктивного здоров'я, психічного здоров'я населення;

- аналіз інформації щодо випадків травматизму й насильства;

- підготовка та оприлюднення періодичних звітів про стан здоров'я, санітарно-епідемічної ситуації та показників середовища життєдіяльності;

- організація навчання та проведення інформаційно-просвітницьких заходів із питань ГЗ для посадових осіб ЦОВВ, МОВВ та ОМС, інших суб'єктів у системі ГЗ;

- участь у розробці державних медико-санітарних нормативів та правил, спрямованих на збереження здоров'я, працездатності та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя;

- участь у роботі комісій із розслідування гострих професійних захворювань;
- інші функції, визначені законодавством та установчими документами.

Така концепція відповідає найкращим світовим практикам. За таким принципом працюють аналогічні структури в провідних країнах світу [22].

## **2.2. Проблеми реалізації програм з громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні**

Система громадського здоров'я як основа профілактичної медицини повинна передбачати основні заходи у сфері охорони здоров'я та бути спрямованою на збереження здоров'я населення і зменшення обсягу витрат на медичне обслуговування. На сьогодні наявні поодинокі елементи системи громадського здоров'я діють незлагоджено та потребують оптимізації існуючих ресурсів та суттєвого збільшення ефективності управління ними. Спроможна об'єднана територіальна громада має свій стратегічний план розвитку. І тут важливо, щоб збереження та зміцнення здоров'я громади було одним з пріоритетних напрямів у стратегії розвитку об'єднаної територіальної громади. Цей напрям може складатися із завдань, які сприяють покращенню здоров'я в громаді. На основі стратегічного плану розробляються та затверджуються програми, проекти та заходи з громадського здоров'я. Якщо стратегічний план не містить напрямів щодо охорони здоров'я, то це не повинно стати перешкодою для впровадження програм з громадського здоров'я. Представники громади можуть ініціювати програму виходячи з місцевих потреб, визначивши пріоритети шляхом вивчення даних та аналізу ситуації [16].

Для забезпечення ефективної реалізації регіональних і місцевих програм громадського здоров'я важливо створити належні умови, зокрема розробити покроковий сценарій розвитку, забезпечити готовність

інфраструктури до успішного втілення завдань щодо формування ефективної політики у сфері охорони здоров'я населення, спираючись на десять основних оперативних функцій громадського здоров'я, та забезпечити розвиток регіональної системи моніторингу й оцінювання у сфері охорони здоров'я[16].

Однією з актуальних проблем на етапі планування програм громадського здоров'я є відсутність вичерпної інформації стосовно готовності інфраструктури та потенційних можливостей на регіональному рівні, зокрема стану політичного середовища, наявних ресурсів (кадри, фінансування, інформаційні системи), програмної діяльності (охорона здоров'я, профілактика захворювань, пропаганда індивідуального та популяційного здоров'я) та організаційного середовища (культура, лідерство й управління, партнерство, планування, управління знаннями). На перших етапах стратегічного розвитку системи громадського здоров'я на регіональному рівні необхідно оцінити готовність наявних на сьогодні структур до посилення їх потенціалу та успішного втілення завдань щодо формування ефективної політики у сфері охорони здоров'я населення [16, с. 21-23].

Для оцінки наявної системи та виявлення слабких місць було використано *gap - analysis* - метод аналізу первинної інформації, що вивчає стратегічне розходження між бажаним — чого установа хоче досягти в своєму розвитку — і реальним — чого фактично може досягти підприємство, не змінюючи свою нинішню політику.

Суть методу полягає в дослідженні проблеми, що виявляється як розрив , що виникає в ході реалізації плану змін, між тими показниками і результатами, досягнення яких планувалося, і тим, що вийшло в реальності.

З метою виявлення так званих розривів було проведено 10 інтерв'ю з експертами, які безпосередньо або опосередковано працюють в секторі

громадського здоров'я. В ході інтерв'ю експерти давали відповідь на 9 запитань, які умовно можна поділити на 3 блоки: Блок А - оцінка нинішнього стану; Блок Б - оцінка перспектив; Блок В - рекомендації.

А: Які проблемні місця, на вашу думку, існують в системі громадського здоров'я в Україні?

Б: Як Ви вважаєте, які перспективи розвитку громадського здоров'я в Україні до 2030 року?

В: На Вашу думку, в контексті стратегії розвитку громадського здоров'я, які цілі варто вважати пріоритетними? Які з цих цілей необхідно закладати в регіональні і місцеві програми?

4) В: Яких стейкхолдерів варто залучати до розробки програм розвитку громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях?

5) Б: Чи сприятиме поява Центрів контролю та профілактики хвороб обґрунтованому підходу до розробки програм регіонального та місцевого рівня? Будь ласка, поясніть, чому.

6) А: Яку роль працівники первинної ланки надання медичної допомоги відіграють у профілактиці захворювань і зміцненні здоров'я?

7) В: Як, на Вашу думку, повинна здійснюватись підготовка кадрів з громадського здоров'я в Україні? Досвід яких країн варто взяти за основу?

8) А: На Вашу думку, чи спроможні територіальні громади фінансово забезпечити реалізацію стратегій розвитку громадського здоров'я? Як в ідеалі має фінансуватись громадське здоров'я в Україні?

9) В: Як Ви вважаєте, яким чином повинні здійснюватись моніторинг та оцінка ефективності регіональних програм з розвитку громадського здоров'я?

Всі інтерв'ю було опрацьовано та збережено у форматі відеозапису чи стенографії.

За результатами відповідей експертів на запитання блоку А, проблемними місцями системи громадського здоров'я є:



- відсутність чіткої та зрозумілої структури;
- постійна зміна пріоритетів;
- змішування та дублювання функцій;
- інтегрована у всі політики тільки на словах (папері);
- немає уніфікованих критеріїв для оцінки результатів;
- концентрація повноважень в руках однієї людини( головного санітарного лікаря), що є прямим ризиком;
- немає достатньої кількості спеціалістів, щоб наводнити ними систему;
- немає закладів, які би могли здійснювати підготовку цих спеціалістів;
- недопрацьована нормативно - правова база;
- неефективне врядування на місцевому (локальному) рівні через низький рівень компетенцій.
- відсутні публічні обговорення;
- примітивна матриця стейкхолдерів, через що не відбувається міжсекторальна взаємодія;
- відсутні алгоритми комунікації між первинною ланкою медичної допомоги та ЦГЗ;
- немає опису сфер, які входять в сектор громадського здоров'я.

Незважаючи на розгалуженість лабораторної мережі, оснащення лабораторій є переважно застарілим, відсутні системи контролю якості досліджень, стандартні операційні процедури не використовуються, забезпечення витратними матеріалами є недостатнім. Система звітності про захворювання в країні є неструктурованою, часто дублюючою. Паралельно із системою санітарно-епідеміологічного нагляду створено інші системи епідеміологічного нагляду за окремими інфекційними хворобами, зокрема ВІЛ-інфекцією, туберкульозом, інфекціями, що передаються статевим шляхом. Відсутні інформаційні системи обліку,

моніторингу захворювань, що функціонують у режимі реального часу. Вся звітність ведеться або дублюється на паперових носіях, що значно уповільнює процес передачі актуальної інформації, призводить до необґрунтованих витрат людських ресурсів та не використовується для прийняття управлінських рішень. Обсяг даних, що збираються, є необґрунтованим, а відсутність інформаційних систем призводить до неможливості ефективної обробки. Паралельні системи збору інформації спотворюють кінцеві дані, що не сприяє ухваленню ефективних управлінських рішень. Можливо, це пов'язано з тим, що не було проведено оцінки, чи спроможні наявні відділи статистики : а) збирати належним чином великі об'єми даних; б) чи спроможні інформаційно - аналітичні центри якісно опрацьовувати ці дані, аби після подальшої обробки вони були максимально зрозумілими для тих, хто вже використовуватиме їх як підґрунтя для прописування планів регіонального розвитку, стратегічних планів розвитку громади і тому подібне[21].

Розгалужена мережа науково-дослідних інститутів та аналітично-дослідних установ у галузях епідеміології, інфектології, гігієни праці, охорони навколишнього природного середовища тощо у структурі МОЗ та Національної академії медичних наук не сприяє розвитку системи громадського здоров'я. Медична наука не інтегрована до світового наукового простору, не використовує сучасні методи аналізу та моделювання ситуації, що призвело до формування політики у сфері громадського здоров'я майже без урахування сучасних наукових розробок[21].

Грубо кажучи, усвідомлення громадського здоров'я як науки, яка потребує тривалих та ємнісних досліджень у нас, на жаль, немає. По факту, в Україні громадське здоров'я тривалий час було окреслене на рівні інфекційних хвороб та біобезпеки. Говорячи про неінфекційні захворювання, просідання є вкрай відчутним, так як дослідженнями

неінфекційних захворювань займались здебільшого лікарі, чий інтерес був на рівні пацієнта та конкретної нозології, в той час як дослідження в сфері громадського здоров'я - це про захворювання в масштабі всього населення. Система санітарних норм та правил, що сформована за радянських часів, не відповідає сучасним вимогам законодавства та кращій практиці ЄС і потребує невідкладного удосконалення[21].

Через розгалуженість та нескоординованість системи громадського здоров'я не виконуються на належному рівні Міжнародні медико-санітарні правила, імплементація яких у систему охорони здоров'я країни є частиною зобов'язань щодо європейської інтеграції України. Пандемія COVID-19 стала так званим лакмусовим папірцем спроможності Світу реагувати на спалахи захворювань у глобальному контексті. Ні для кого не секрет, що цієї спроможності не виявилось і в Україні ми з цим стикнулись вкрай гостро. По - перше, недовіра до медичної системи як такої посприяла провалу комунікаційної кампанії щодо вакцинації. По - друге, низький рівень матеріально-технічної бази медичних закладів та лабораторій максимально загострював ситуацію.

Ситуація із забезпеченням кадрового потенціалу є дещо напруженою. Зокрема, Щоб упорядкувати назви посад працівників системи громадського здоров'я, узгодити їх з нормативами ЄС та на виконання Плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я, Центр громадського здоров'я розробив пропозиції до Класифікатора професій. Пропозиції Центру громадського здоров'я затверджені Міністерством розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства з 18 серпня 2020 року. Наразі в Україні професії «Фахівець з громадського здоров'я» та «Фахівець з довкілля та здоров'я» внесено до національного класифікатора України ДК 003:2010 «Класифікатор професій» [6].

Однак, стандарт вищої освіти для рівня магістра за спеціальністю 229 Громадське здоров'я було затверджено ще 12 грудня 2018 року. Фактично, здійснювалась підготовка кадрів для спеціальності, яка ще навіть не існувала як така. Більше того, дві професії - це далеко не та кількість, яка би мала передбачатись для сектору громадського здоров'я. Наприклад, в світі сектор громадського здоров'я налічує такі от професії. Варто розуміти, що для кожної професії передбачається своя ніша та кар'єрна перспектива, також на це нашаровуються спеціалізації.

В серпні 2020 року було затверджено кваліфікаційний стандарт для рівня бакалаврів за цією ж спеціальністю. Проте, читаючи опис кваліфікаційних вимог немає жодної відмінності між рівнем бакалавра та магістра.

Складність також полягає в тому, що немає даних про те, за якими критеріями університети отримували ліцензію на підготовку кадрів за цією спеціальністю. Так само як і не відомо, що лежить в основі навчальних програм. Адже аби згенерувати програму європейського рівня, очевидно потрібно було заручатись експертною підтримкою колег із закордонних ВУЗів, які мають необхідні компетенції. Знову ж таки, наскільки коректним є підхід перепаковування колишнього факультету санітарно-профілактичної справи у факультет з громадського здоров'я? Адже таке перепрофілювання першочергово передбачає зміну підходів до викладання та належного рівня експертизи, а не лише формальних змін. Навряд чи викладачі, які тривалий час були заточені на радянську систему сан - епід нагляду готові доносити студентам істини, в яких самі ледве орієнтуються. Зрозуміло що на підготовку викладацького складу вишу теж треба закладати гроші та час.

Окремо варто говорити про те, що немає даних, які би описували, як повинен був здійснюватись перехід кадрів із закладів колишньої СЕС до регіональних ЦГЗ та тепер - до ЦКПХ. Можна було б розробити низку

навчальних курсів чи сертифікатних програм, за рахунок яких ми би могли підвищити рівень компетенцій наявних кадрів та реінтегрувати їх в нову, сучасну систему громадського здоров'я. Власне, на цьому моменті важливо було б зазначати, що відтак сектор громадського здоров'я аж ніяк не обмежується лікарями чи тими, хто навчався у медичному університеті. Система потребує статистів, аналітиків, методистів, юристів та спеціалістів різних суміжних спеціальностей. Тож це частково пояснює, чому значна частина задекларованих функцій не виконуються, та чому в нас досі є суттєве просідання в частині роботи з даними. Фактично установи просто змінили вивіски, в той час як їхня спроможність виконувати задекларовані функції залишилась незмінною. В той же час, в світлі скорочення державної СЕС призупинилась підготовка спеціалістів санітарно-гігієнічного спрямування. Відтак на перехідний період від СЕС до Громадського здоров'я система залишилась знову ж таки без кадрового потенціалу. Фінансування галузі охорони здоров'я залишається неефективним. Постійне недофінансування державних програм призводить, зокрема, до суттєвого зниження рівня вакцинації населення. Виконання програм боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом та туберкульозом залежить від допомоги, що надається міжнародними донорами. Попри суттєві кроки, які були здійснені МОЗ, аби забезпечити шляхи фінансування, коштів вистачає лише на реалізацію окремих напрямків національної програми з розвитку громадського здоров'я. Це означає, що якщо "на місцях" таки з'являється ініціатива реалізації таких проектів, то вона пригнічується потребою забезпечувати ці проекти коштом з бюджету громад. Відверто кажучи, якою великою та спроможною громада б не була, все одно цього буде недостатньо.

Ситуація в країні значно ускладнюється через війну та тимчасову окупацію Автономної Республіки Крим. Збільшилася кількість вимушених переселенців з окупованих територій, на яких населення не має або має

обмежений доступ до лікарських засобів та медичних послуг, постачання води та енергетичних ресурсів (електроенергія, газ) є нестабільним. Інфраструктура зазнала значних руйнувань під час ведення бойових дій. Система охорони здоров'я в Україні, зокрема медицина катастроф, неспроможна забезпечити надання достатніх послуг у цій ситуації та провести оцінку впливу надзвичайної ситуації на здоров'я населення.

Структурні реформи, які запроваджуються у сфері охорони здоров'я, передбачають збільшення інвестицій у зазначену сферу.

Однією з ключових проблем на шляху розвитку громадського здоров'я є застарілий підхід, мовляв, питаннями здоров'я населення має опікуватися місцевий департамент чи управління охорони здоров'я, але фактично це спрямування всіх ресурсів на подолання наслідків негативного впливу різноманітних факторів на здоров'я. Органи місцевого самоврядування, інтегруючи в свою систему спеціалістів з громадського здоров'я, мають зробити вирішальний крок на шляху до запобігання захворюванням, зміцнення здоров'я та збільшення тривалості активних років життя, спираючись на поступові зміни в підходах до планування політики, де громада бере активну участь у процесі змін і несе певну відповідальність за збереження та поліпшення здоров'я населення. Оцінювання стану здоров'я населення в регіоні та визначення сфер, які потребують поліпшення, важливі для інформування органів місцевої влади, щоб вони мали можливість впливати на формування політики й отримувати відповідні результати, а також здійснювати адвокацію щодо мобілізації ресурсів, потрібних для поліпшення здоров'я населення.

Все ж, виходячи з відповідей експертів, які базуються на досвіді прописування регіональних програм, планів реалізації та менторства у реалізації окремих проектів - спроможність осилити ці напрямки близька нулю. Майже завжди це пов'язано з низьким рівнем компетенцій наявних спеціалістів. Для реалізації програм з громадського здоров'я треба як

мінімум мати базовий рівень знань про те, що таке громадське здоров'я та які його основні функції. Поруч з цим, потрібно також мати знання з проектного менеджменту, адже в ході реалізації проектів критичними точками завжди є час та гроші. На жаль, досвід показав, що ці знання відсутні або дуже поверхневі. Погіршує ситуацію той факт, що не передбачені можливості добрати необхідні компетенції.

Інша ситуація - відсутні алгоритми взаємодії так званої первинки з ЦКПХ. До прикладу, місцевий рівень отримав функцію залучення центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, індивідуальних лікарів загальної практики – сімейних лікарів, медичного персоналу, об'єднань громадян і волонтерів до здійснення протиепідемічних і профілактичних заходів щодо інфекційних хвороб, проведення індивідуальної та масової профілактики захворювань, аналізу стану здоров'я населення, розроблення рекомендацій щодо профілактики та зниження впливу негативних факторів виникнення захворювань, розслідування поодиноких випадків інфекційних хвороб, проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань профілактики інфекційних хвороб і неінфекційних захворювань, навчання населення з питань здорового способу життя[22];

В той же час регіональний ЦКПХ у своєму функціоналі має:

- повідомлення МОЗ про ризики у сфері ГЗ та управління такими ризиками в межах компетенції;

- розробку пропозицій, планів дій та рекомендацій щодо здійснення заходів, спрямованих на поліпшення показників здоров'я і благополуччя населення та вдосконалення системи ГЗ;

- збір та обробка інформації для формування інформаційного фонду ГЗ;

- проведення періодичного аналізу детермінантів здоров'я, заходів впливу на детермінанти здоров'я та заходи, спрямовані на запобігання, зменшення та усунення нерівностей щодо здоров'я[22].

Тобто, якщо узагальнити, їхні функції значною мірою перетинаються і постає питання: якою має бути взаємодія регіональних ЦКПХ з первинками територіальних громад? Первинка має надавати власні плани профілактики, промоції та протекції громади на затвердження ЦКПХ, чи все ж ЦКПХ спускає первинкам плани реалізації програм, підготовлених ними? На Противагу цьому, як тоді виглядає матриця показників, по яких ЦКПХ планує оцінювати ефективність чи неефективність реалізації програми?

На практиці виглядає так, що первинка не розуміє, що від неї очікують. Єдиний проблиск в цій ситуації - вакцинація. Бо тут є єдиний показник, який характеризує роботу первинки в цьому напрямку - охоплення вакцинацією жителів громади Н. Однак система громадського здоров'я покладає на первинку набагато більше різних обов'язків, в тому числі консультування населення з приводу неінфекційних захворювань, проведення санітарно - просвітницької роботи, залученість в різних профільних проектах. В тій ситуації, яка є зараз, це все виглядає радше як додаткове навантаження на первинку, а ніж пул можливостей для покращення здоров'я громади. Знову ж таки, відсутні відсутні рекомендації чи керівництва, як ці функції реалізовувати, які наші очікувані результати та яка шкала вимірювання ефективності. До того ж, відсутні будь-які фінансові стимули, передбачені НСЗУ, які би мотивували працівників первинки це виконувати.

Важливий аспект, який не стосується на пряму регіонального та місцевого рівня, однак важливий для розуміння суцільної картини - централізація замість обіцяної децентралізації.



Мова йде про організаційну структуру системи громадського здоров'я в Україні (рис. 2.2). Громадська організація PH Capital у авторстві Наталія Кириченко, Марія Бачмага у своїй роботі «Роль системи громадського здоров'я у контексті пандемії»[28] презентують порівняльну характеристику наявної системи громадського здоров'я та нової, запропонованої у проекті Закону про систему громадського здоров'я № 4142 від 22.09.2020.

Наявна система громадського здоров'я виглядала наступним чином.

### СИСТЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Після року пандемії ми все ще обмежуємо функціонування суспільства, а не вірус

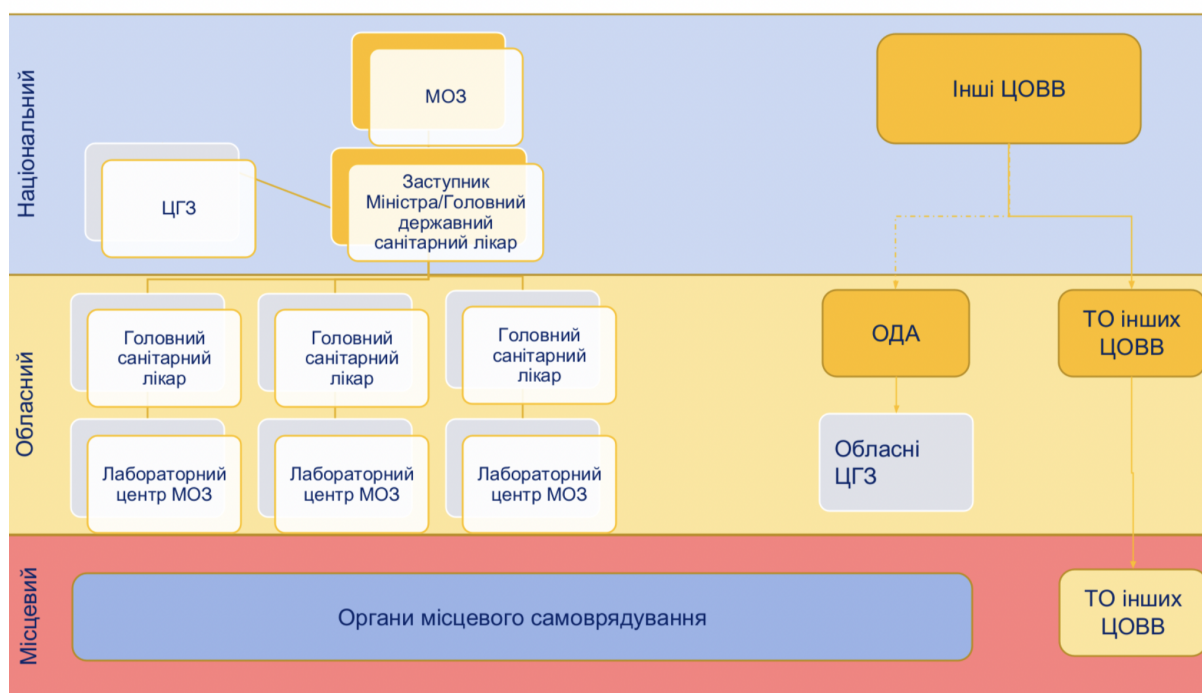


Рис. 2.2. Організаційна система ГЗ до 2021 року.

Джерело: [28]

Відтак, відповідно до Постанови КМУ від 17.02.2021 № 106 в усіх областях України та м. Києві з 1 липня 2021 року запрацювали Центри контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ). Тож структура громадського здоров'я суттєво змінилась, як зображено на рис. 2.3.

## ЩО ПРОПОНУЄ ЗАКОНОПРОЄКТ 4142: ІНСТИТУЦІЙНА СИСТЕМА



Рис. 2.3. Інституційна система ГЗ відповідно до законопроекту №4142  
Джерело: [28]

Самі ж автори законопроекту зазначають, що з боку управлінської структури Головним державним санітарним лікарем стає Заступник міністра МОЗ, а керівники ЦКПХ обійматимуть посаду Головного санітарного лікаря регіону (рис. 2.4).



Рис. 2.4. Управлінська структура системи громадського здоров'я в Україні  
Джерело: [22]

Однак, така організаційна та управлінська структура свідчить, що ЦГЗ очевидно виконуватиме дорадчу функцію, а призначаючи на посаду керівника ЦКПХ політичну особу (заступник міністра МОЗ), ми ризикуємо конфліктом інтересів та портфелем компетенцій даної особи. Основні проблемні питання висвітлено у рис. 2.5. [28]

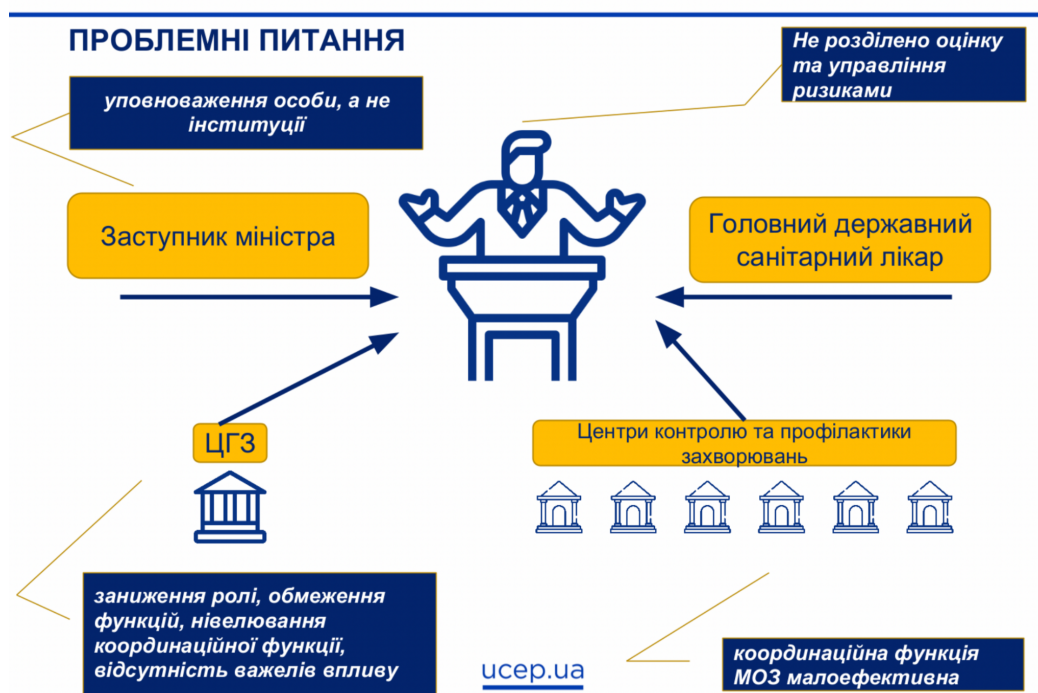


Рис. 2.5. Огляд ризиків, пов'язаних із призначенням заступника міністра МОЗ на посаду головного державного санітарного лікаря.

Джерело: [28]

Очевидно, що серед ключових проблем, пов'язаних із призначенням заступника міністра МОЗ на посаду головного державного санітарного лікаря, є відсутність розділення оцінки та управління ризиками, уповноваження особи, а не інституції, що створює корупційні ризики, малоефективна координаційна функція МОЗ, а також обмеження функцій центрів громадського здоров'я.

## Висновки до розділу II

Концепція розвитку громадського здоров'я - це документ, який описує цілі, місію та очікувані результати реалізації заходів з громадського здоров'я. Він лежить в основі рішень щодо визначення пріоритетних напрямків роботи, аналізу проблематики та оцінки ефективності.

Однак, в час, коли концепція здоров'я 2020 завершилась, а нова концепція перебуває на стадії розробки, було розглянуто законопроект Про систему громадського здоров'я, який, за словами його авторів, допоможе створити єдину систему профілактичної медицини. Пріоритетом розвитку такої системи є принцип, при якому інтереси здоров'я мають враховуватися в усіх сферах державної політики. Це відбуватиметься завдяки ефективній співпраці з усіма центральними органами виконавчої влади, в тому числі завдяки обміну інформацією про фактори, що впливають на стан здоров'я населення. Документ визначає засади, напрями, завдання, механізми і строки розбудови системи громадського здоров'я для формування та реалізації ефективної державної політики зі збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя. Це стане можливим завдяки об'єднанню зусиль усього суспільства.

З огляду на досвід пандемії COVID-19, постала потреба в перегляді функцій та взаємодій у сфері епідконтролю. Насамперед ідеться про перехід від децентралізованої системи до чітко керованої структури. Таким чином, в розрізі нової організаційної структури з'являється така установа як ЦКПХ - Центр контролю та профілактики хвороб.

Однією з актуальних проблем на етапі планування програм громадського здоров'я є те, що ми здебільшого не маємо даних про готовність самої структури реалізовувати плани та програми. Зокрема стану політичного середовища, наявних ресурсів (кадри, фінансування, інформаційні системи), програмної діяльності (охорона здоров'я, профілактика захворювань, пропаганда індивідуального та популяційного здоров'я) та організаційного середовища (культура, лідерство й управління, партнерство, планування, управління знаннями).

Виходячи з відповідей експертів, які базуються на досвіді прописування регіональних програм, планів реалізації та менторства у реалізації окремих проектів - спроможність осилити ці напрямки близька нулю. Майже завжди це пов'язано з низьким рівнем компетенцій наявних спеціалістів. Для реалізації програм з громадського здоров'я треба як мінімум мати базовий рівень знань про те, що таке громадське здоров'я та які його основні функції. Поруч з цим, потрібно також мати знання з проектного менеджменту, адже в ході реалізації проектів критичними точками завжди є час та гроші. На жаль, досвід показав, що ці знання відсутні або дуже поверхневі. Погіршує ситуацію той факт, що не передбачені можливості добрати необхідні компетенції.

**РОЗДІЛ ІІІ**  
**УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДХОДІВ ЩОДО РОЗРОБКИ**  
**РЕГІОНАЛЬНИХ ТА МІСЦЕВИХ ПРОГРАМ, СПРЯМОВАНИХ НА**  
**ПОСИЛЕННЯ СЕКТОРУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В**  
**ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ**

**3.1. Пропозиції щодо напрямків удосконалення регіональних програм в сфері громадського здоров'я**

Насправді, сам факт існування системи громадського здоров'я в Україні можна розцінювати як суттєве позитивне зрушення в напрямку збереження та поліпшення здоров'я населення. Однак варто визнати, що рамка для функціонування громадського здоров'я ще не до кінця сформована, а в баченні того, куди ми рухаємось більше загальних фраз, а ніж конкретних цілей.

На моменті напрацювання пропозицій щодо напрямків удосконалення регіональних програм в сфері громадського здоров'я, було враховано відповіді експертів на блок Б, який стосувався рекомендацій та блок В, в якому обговорювались перспективи розвитку системи.

Перш за все, варто сказати, що розробці регіональних та місцевих програм передуює оцінювання наявного потенціалу. Це загальновизнаний підхід, адже критична оцінка наявного функціоналу на етапі планування забезпечує мінімізацію ризиків на етапах розробки та впровадження. Проблема полягає в тому, що такої оцінки наразі потребує ціла система, починаючи з національного рівня. Відсутність актуальної стратегії розвитку, зміна організаційної структури та потреба швидко реагувати на виклики, пов'язані з пандемією та війною - це якраз ті події, які вимагають чіткого усвідомлення, на чому ми стоїмо.

Тож виходячи з того, які прогалини вдалося виявити в ході аналізу системи громадського здоров'я, а також врахувавши думки експертного середовища, викристалізувались наступні пропозиції.

## **1. Розробка регіональної політики повинна починатись з формування регіональної експертної групи.**

В силу того, що в системі розписані функції для основних гравців, але немає чіткості в розподілі та реалізації цих функцій, оптимальним рішенням в контексті функціонування регіонального та місцевого рівня робити опір на експертну групу. Регіональна експертна група - це те середовище, де ми можемо зібрати профільних експертів, управлінців, лідерів, представників влади, спеціалістів суміжних спеціальностей в сфері громадського здоров'я та зацікавлені сторони, які з одного боку, були б носіями знань та експертності, які спроможні провести якісну оцінку та визначити пріоритетні напрямки, а з іншого - були б основною рушійною силою, яка б постійно використовувала отримані аналітичні дані для подальшого формування політик виходячи з потреб конкретного регіону.

РЕГ можуть створювати невеликі профільні робочі групи, які би проводили моніторинг та оцінку відповідно до встановлених пріоритетів. Ситуація в кожному регіоні може суттєво відрізнятися, як і контекст у кожній територіальній громаді. Тому наявність профільних робочих груп - це можливість моніторити ситуацію по регіону, відслідковувати зміни в показниках, враховувати локальний контекст та розробляти рішення, які актуальні тут і зараз.

Також саме через РЕГ вдасться забезпечити міжсекторальний та міждисциплінарний підхід. Адже розширюючи експертне коло в напрямку спеціалістів, які дотичні до громадського здоров'я, ми отримаємо змогу виконати одну з оперативних функцій громадського здоров'я - здоров'я у всіх політиках. З іншого боку, міжсекторальна взаємодія якраз таки підсвітить ті неочевидні точки перетинання громадського здоров'я з іншими сферами.

Враховуючи той факт, що РЕГ розробляє програму розвитку громадського здоров'я в регіоні, вони ж будуть найбільш зацікавленими в

моніторингу та оцінці заходів, які здійснювалися з метою реалізації цієї програми. Мається на увазі, що експертна група, розуміючи актуальні проблеми в регіоні, може сприяти реалізації проектів, які націлені на вирішення чи зменшення впливу цих проблемних напрямків на регіон. Профільні експертні групи можуть стати логічним продовженням РЕГ у територіальних громадах, надавати менторський супровід у реалізації проектів, акумулювати звітність та дані по реалізованих інтервенціях.

Дуже часто ми фактично не розуміємо, хто має реалізовувати проекти з громадського здоров'я в громадах. Бо як мінімум немає даних про те, які спеціалісти є в громаді, який їхній рівень експертизи і тд. Тож якщо буде налагоджено зв'язок між місцевим та регіональним рівнем, РЕГ зможуть об'єктивно оцінити, які конкретно спеціалісти вже є (і тоді їх потрібно буде додатково сертифікувати), або є необхідність підготувати нового спеціаліста, і тут почне формуватись об'єктивний запит регіону до ЦГЗ та МОЗ в питанні підготовки кадрів відповідного кваліфікаційного рівня, яких потребує система.

В Україні, на жаль, підрахунок спеціалістів проводиться з розрахунку на кількість населення. Однак у випадку громадського здоров'я, запит на підготовку кадрів повинен формуватися на основі потреб різних ланок системи громадського здоров'я. А це раз за разом повертатиме нас до потреби розширити кваліфікаційну панель за напрямком Громадське здоров'я.

**2. Система потребує не лише опису функцій тих чи інших установ, але й наявності методичних рекомендацій.**

Проведений аналіз показав, що нинішня система громадського здоров'я опинилась в режимі максимальної турбулентності. По факту, реалізація концепції з громадського здоров'я передбачалась в синхроні з реформою децентралізації. Таким чином, громади отримали функціонал та повноваження, але не отримали рекомендацій, як це використовувати. Як



мінімум, в громадах відсутнє розуміння, як це працює і для чого це потрібно. Іншими словами - яка з цього користь для громади в цілому та для керівників громади безпосередньо.

Основним завданням експертів національного рівня, з - поміж всіх інших, повинне бути забезпечення максимально зрозумілого концепту для всіх ланок системи. Тобто, якщо на регіональний та місцевий рівень передбачається переміщення конкретних функцій, то варто також розробити рекомендації, як ці функції можуть бути реалізовані. Саме тому важливо, аби забезпечувалась горизонтальна взаємодія, організовувались різні форуми, конференції, освітні заходи, націлені на підвищення обізнаності серед учасників процесу. Це значно поглибить розуміння всіх гравців сектору громадського здоров'я їхніх ролей, цілей та технічних завдань.

### **3. Залучення міжнародних стейкхолдерів може значно поліпшити якість реалізованих інтервенцій в громадському здоров'ї.**

Велика частка заходів з громадського здоров'я реалізується за рахунок міжнародних донорів, грантодавців та NGO. Поле для їхньої діяльності забезпечене різними міжнародними документами, які зобов'язують Україну реалізовувати ті чи інші заходи в розрізі підвищення добробуту цілого світу чи Європейського регіону. Це також можливо і через те, що дані по Україні суттєво впливають на середнє значення по конкретних інфекційних чи неінфекційних захворюваннях в статистичних звітах ВООЗ. Тож міжнародні організації часто готові інвестувати в програми з громадського здоров'я в Україні, аби таким чином повпливати на стан речей в цілому.

На мою думку, ми хибно в пріоритет завжди ставимо інвестиції. Так, безперечно гроші є паливом для реалізації інтервенцій. Однак в нашій ситуації нам варто серйозніше ставитись до можливості переймати досвід та експертизу з таких співпраць. Говорячи про розробку регіональних та

місцевих програм, варто залучати закордонних незалежних експертів до цього. В даному випадку це допоможе отримати цінні поради, спираючись на їхній досвід, а також використовувати кращі світові практики, на які потрібно буде в подальшому нашарувати локальний контекст. Іншою можливістю є введення в плани міжнародних проектів такої активності, як тренінг для тренерів. Так наші спеціалісти матимуть змогу вчитись у закордонних колег, аби потім мати розуміння, як реалізовувати проекти самотужки.

Якщо говорити конкретно про регіональний рівень, робота з міжнародним стейкхолдером може передбачати навчальні поїздки для цілої експертної групи, так званий обмін досвідом, аби проаналізувати роботу системи громадського здоров'я у інших країнах та перейняти кращі практики.

#### **4. Варто переосмислити підходи щодо роботи з даними.**

Дані - це не лише масив інформації. Дані - це показники, які ми використовуємо для оцінки явищ. Тому з цієї точки зору, нам вкрай важливо, аби дані були точними.

На точність даних впливає дуже багато різних факторів, починаючи з механізмів збору, закінчуючи підходами до інтерпретації. Але так чи інакше, саме вони формують підґрунтя для прийняття управлінських рішень. Тож структурований процес та узгодження інструментів для пошуку даних з подальшим їх застосуванням - показник, який говорить на користь прозорості та підзвітності в прийнятті рішень, що є показовим для стейкхолдерів та громадськості. Цілком життєздатною виглядала концепція збирати дані через НСЗУ. Чому ця можливість ігнорується, мені відверто незрозуміло. Адже це би дало змогу забезпечити механізми стратегічного управління даними, які покликані захищати конфіденційність персональних даних, водночас сприяти поліпшенню збору, аналізу та інтеграції даних для тривалого моніторингу показників здоров'я та

проведення наукових досліджень у галузі охорони здоров'я, у відповідності з національним та міжнародним законодавством.

Важливим є також відстежування руху даних. Зокрема, процес реалізації будь - якого проекту супроводжується продукуванням масиву даних. В світовій практиці передбачено, що дані, отримані як результат реалізації проекту, є частиною звітності для донора чи іншої зацікавленої сторони, проте ці ж дані мають бути відображені у звітах регіональної експертної групи, як частина звітності про результати та ефективність реалізованих проектів в межах даного регіону. Це частково перегукується з тим, як в ідеалі повинна виглядати звітність по проектах. Міжнародні стейкхолдери завжди надають інструкції щодо того, яка інформація та в якому обсязі повинна бути відображена у звіті. Але разом з тим, такі інструкції щодо відображення даних у звітності повинні бути розроблені для всіх рівнів системи.

**5. Немає сенсу розробляти регіональні та місцеві програми розвитку громадського здоров'я, якщо системою не передбачені критерії оцінки ефективності.**

Класично одним з етапів планування проекту є план заходів з моніторингу та оцінки. Це важливий момент, адже на основі отриманих показників ми можемо оцінити результативність проекту. Якщо ж говорити про програми регіонального розвитку, то тут немає чітко прописаних показників, на які варто орієнтуватись. Найчастіше можна побачити такі індикатори як кількість реалізованих проектів, кількість охопленого населення чи кількість коштів, спрямованих на реалізацію. Вважаю, що без чітких індикаторів, які би давали глибоку оцінку виконаній роботі, важко взагалі говорити про якусь результативність. На мою думку, МОЗ та ЦГЗ повинні розписати чіткі критерії(індикатори) оцінки ефективності, які би відображали специфіку середовища, щодо яких вони застосовуються, а

також були уніфіковані з міжнародними критеріями оцінки в сфері громадського здоров'я.

**6. Не варто покладати всю відповідальність за здоров'я громади на первинки.**

Безсумнівно, лікарі первинки мають найкращий контакт з громадою та добре орієнтуються в тому, на що хворіє громада. Проте, якщо наш фокус зупиниться виключно на сімейних лікарях як частині системи громадського здоров'я, то шанси отримати суттєві позитивні зрушення в здоров'ї громади мізерні. Превенція та промоція - це час, який повинен відводити лікар впродовж прийому на спілкування з пацієнтом та консультування щодо конкретних питань здоров'я. В такому випадку, прийом лікаря триватиме мінімум 45 хвилин за умови, що на консультування відведено 15 хвилин. Виходить, окрім додаткового навантаження для лікаря ми ще й продукуємо незручності для пацієнтів у вигляді черг та тривалого очікування під кабінетом.

Я вважаю, що в даному випадку ми випускаємо з фокусу ще одного гравця, який може посприяти в цій ситуації - це медична сестра. Насправді, у світовій практиці можливості медичних сестер значно ширші, ніж це прийнято в нас. Якщо розібратись, то посадові обов'язки медсестер можуть включати консультування населення. І це цілком правильно. Адже консультування не потребує ґрунтовних знань з диференційної діагностики чи схем лікування, якими володіють лікарі. Консультування в розрізі превенції та промоції - це про здатність донести цільовій аудиторії інформацію медичного характеру максимально доступною та зрозумілою мовою. Практика Ковіду показала, що з цим справляються як медсестри, так і соціальні працівники, між іншим.

Тож я пропоную не покладати все навантаження на лікарів первинки. Швидше, навпаки - шукати рішення, як їх розвантажити. Один з варіантів - орієнтуватись на робочу одиницю лікар + медсестра. Є описані ВООЗ

методології, як між ними можна поділити етапи консультування та супроводу пацієнтів, які націлені на зміну поведінки ( відмова від куріння, надмірного споживання алкоголю, зміна харчової поведінки чи підвищення рухової активності). На рівні МОЗ варто продумати систему стимулів для медсестер, які проводять консультування населення. З одного боку, це мають бути фінансові стимули, як було у випадку з вакцинацією населення. З іншого - нові кар'єрні можливості.

Варто перестати вважати медсестер недолікарями чи допоміжним персоналом лікарів. Медсестри - це потужний людський ресурс, чії амбіції в Україні не мають можливості реалізовуватись.

### **3.2. Посилення кадрового потенціалу реалізації програм в сфері громадського здоров'я**

Наявність компетентних кадрів - невід'ємна складова функціонування системи громадського здоров'я. Тож відсутність системного підходу в навчанні та безперервному розвитку фахівців - суттєвий ризик функціонування системи як такої.

Станом на зараз, в Україні розроблені кваліфікаційні вимоги для освітнього рівня бакалавр та магістр за спеціальністю 229 Громадське здоров'я. ЦГЗ також розробив кілька освітніх курсів, які містять безову інформацію про громадське здоров'я, а також наявний окремий курс про розробку регіональних та місцевих програм. Однак, відсутні дані про те, чи була проведена оцінка наявного кадрового потенціалу, якими були критерії цієї оцінки та, знову ж таки, за якими критеріями розроблялись всі наявні освітні продукти.

Важливо також врахувати той факт, що ліцензію на підготовку фахівців з громадського здоров'я отримали 8 університетів. Якими були вимоги до здобувачів ліцензії - невідомо. Хто та яким чином здійснював оцінку наявних програм, за якими здійснюється підготовка майбутніх

спеціалістів - також невідомо. Експертна група, яка займалась підготовкою кваліфікаційних вимог зазначає, що вони орієнтувались на Асоціацію шкіл охорони громадського здоров'я Європейського регіону (ASPHER). Зокрема, ASPHER розробила перелік компетенцій, яких мають досягти випускники магістратури. Однак, на той самий документ експерти посилаються в розробці кваліфікаційних вимог для рівня бакалавра. Можливо, саме цим можна пояснити практично ідентичний перелік компетенцій для двох освітніх рівнів.

На мою думку, було би доречним при розробці кваліфікаційних вимог для рівня бакалавра використовувати документ, який був розроблений ВООЗ спільно з ASPHER - WHO-ASPHER Competency Framework for the Public Health Workforce in the European Region. Даний документ містить чітке пояснення того, як компетенції фахівців відрізняються відповідно до різних кваліфікаційних рівнів. Також для кожної компетенції в Рамковій програмі надаються дескриптори рівнів, які допомагають керувати інтерпретацією ступеня опанування компетенцій. Для спрощення використовуються лише три рівні: компетентний, досвідчений та експертний. Ці три рівні засновані на моделі Дрейфуса набуття навичок дорослих.

Насправді, за наявного стану речей, є два треки посилення кадрового потенціалу:

- 1) перепрофілювання та підвищення кваліфікації наявних кадрів сектору громадського здоров'я;
- 2) навчання нових спеціалістів за двома освітніми рівнями: бакалавр та магістр.

В розрізі першого варіанту, варто розпочати таки з оцінки наявного потенціалу. Виходячи з отриманих даних можна буде зрозуміти, які саме освітні продукти варто розробляти та кого з експертів варто залучити.

Говорячи про другий варіант, варто заручитись підтримкою закордонних експертів та провести незалежну оцінку наявних освітніх програм з громадського здоров'я. Таку ж оцінку повинні пройти викладачі, які готують майбутніх фахівців з громадського здоров'я. За відсутності цих двох важливих моментів, є ризику, що студентам читатимуть програму, яка була актуальна для рівня СЕС і зовсім не відображатиме тих сучасних підходів, які передбачає громадське здоров'я.

Дуже важливо також не забувати про те, що сектор громадського здоров'я націлений не лише на медиків, але й на спеціалістів різних напрямків. Наприклад, магістрами з громадського здоров'я можуть стати лікарі, які вирішили перейти з практичної медицини в менеджмент та управління, або ж більше сфокусуватись на питання превенції та промоції, сфері досліджень з громадського здоров'я. Паралельно з ними, магістрами за тією ж спеціальністю можуть стати юристи, економісти, соціальні працівники та інші фахівці, які не мають жодного медичного бекграунду. Це повинно бути враховано при розробці освітніх програм.

Нам варто збагнути, що ми в тих умовах, коли немає змоги призупинити всю роботу, підготувати всіх необхідних кадрів, доконструювати рамку для функціонування системи і тоді запустити її. Насправді, всі ці процеси відбуватимуться паралельно і це варто прийняти як факт. Найкраще, що ми можемо зробити, це максимально свідомо підходити до всіх процесів, використовувати всі можливі ресурси, вести активну зовнішню комунікацію з міжнародними експертами та організаціями. Адже наявні угоди про співпрацю та документи, які зобов'язують нас як державу виконувати цілі, пріоритетні для всього суспільства, водночас є можливістю перейняти від колег найдієвіші механізми управління та реалізації.

### Висновки до розділу III

Відсутність актуальної стратегії розвитку, зміна організаційної структури та потреба швидко реагувати на виклики, пов'язані з пандемією та війною - це якраз ті події, які вимагають чіткого усвідомлення, на чому ми стоїмо.

Тож виходячи з того, які прогалини вдалося виявити в ході аналізу системи громадського здоров'я, а також врахувавши думки експертного середовища, викристалізувались наступні пропозиції.

В силу того, що в системі розписані функції для основних гравців, але немає чіткості в розподілі та реалізації цих функцій, оптимальним рішенням в контексті функціонування регіонального та місцевого рівня робити опір на експертну групу. Враховуючи той факт, що РЕГ розробляє програму розвитку громадського здоров'я в регіоні, вони ж будуть найбільш зацікавленими в моніторингу та оцінці заходів, які здійснювалися з метою реалізації цієї програми. Профільні експертні групи можуть стати логічним продовженням РЕГ у територіальних громадах, надавати менторський супровід у реалізації проектів, акумулювати звітність та дані по реалізованих інтервенціях.

Основним завданням експертів національного рівня, з - поміж всіх інших, повинне бути забезпечення максимально зрозумілого концепту для всіх ланок системи. Тобто, якщо на регіональний та місцевий рівень передбачається переміщення конкретних функцій, то варто також розробити рекомендації, як ці функції можуть бути реалізовані.

Говорячи про розробку регіональних та місцевих програм, варто залучати закордонних незалежних експертів до цього. В даному випадку це допоможе отримати цінні поради, спираючись на їхній досвід, а також використовувати кращі світові практики, на які потрібно буде в подальшому нашарувати локальний контекст. Іншою можливістю є введення в плани міжнародних проектів такої активності, як тренінг для



тренерів. Так наші спеціалісти матимуть змогу вчитись у закордонних колег, аби потім мати розуміння, як реалізовувати проекти самотужки.

Структурований процес та узгодження інструментів для пошуку даних з подальшим їх застосуванням - показник, який говорить на користь прозорості та підзвітності в прийнятті рішень, що є показовим для стейкхолдерів та громадськості. Цілком життєздатною виглядала концепція збирати дані через НСЗУ. Чому ця можливість ігнорується, мені відверто незрозуміло.

Класично одним з етапів планування проекту є план заходів з моніторингу та оцінки. МОЗ та ЦГЗ повинні розписати чіткі критерії(індикатори) оцінки ефективності, які би відображали специфіку середовища, щодо яких вони застосовуються, а також були уніфіковані з міжнародними критеріями оцінки в сфері громадського здоров'я.

Консультавання в розрізі превенції та промоції - це про здатність донести цільовій аудиторії інформацію медичного характеру максимально доступною та зрозумілою мовою. Практика Ковіду показала, що з цим справляються як медсестри, так і соціальні працівники, між іншим. Тож я пропоную не покладати все навантаження на лікарів первинки. Швидше, навпаки - шукати рішення, як їх розвантажити. Один з варіантів - орієнтуватись на робочу одиницю лікар + медсестра.

В частині забезпечення системи громадського здоров'я фахівцями, є два треки посилення кадрового потенціалу: перепрофілювання та підвищення кваліфікації наявних кадрів сектору громадського здоров'я та навчання нових спеціалістів за двома освітніми рівнями: бакалавр та магістр.

В розрізі першого варіанту, варто розпочати таки з оцінки наявного потенціалу. Виходячи з отриманих даних можна буде зрозуміти, які саме освітні продукти варто розробляти та кого з експертів варто залучити.

Говорячи про другий варіант, варто заручитись підтримкою закордонних експертів та провести незалежну оцінку наявних освітніх

програм з громадського здоров'я. Таку ж оцінку повинні пройти викладачі, які готують майбутніх фахівців з громадського здоров'я. За відсутності цих двох важливих моментів, є ризики, що студентам читатимуть програму, яка була актуальна для рівня СЕС і зовсім не відобразатиме тих сучасних підходів, які передбачає громадське здоров'я.

Нам варто збагнути, що ми в тих умовах, коли немає змоги призупинити всю роботу, підготувати всіх необхідних кадрів, доконструювати рамку для функціонування системи і тоді запустити її. Насправді, всі ці процеси відбуватимуться паралельно і це варто прийняти як факт. Найкраще, що ми можемо зробити, це максимально свідомо підходити до всіх процесів, використовувати всі можливі ресурси, вести активну зовнішню комунікацію з міжнародними експертами та організаціями. Адже наявні угоди про співпрацю та документи, які зобов'язують нас як державу виконувати цілі, пріоритетні для всього суспільства, водночас є можливістю перейняти від колег найдієвіші механізми управління та реалізації.

## ВИСНОВКИ

Система громадського здоров'я - це новий концепт, який реалізується в Україні з 2017 року. Це був логічний крок переходу від СЕС, яку ми отримали як радянський спадок, до сучасної та прогресивної моделі, метою якої є забезпечити три основні цілі: захист населення, превенція захворювань та промоція збереження здоров'я. Для того, аби забезпечити ці цілі, потрібно було повністю ліквідувати стару систему, сконструювати нову (враховуючи передовий досвід інших країн) та подбати про її спроможність, як інституційну, так і організаційну. За цей час змінилось вже кілька команд МОЗ, кожна з яких, цілком очікувано, вносила свої пропозиції в питанні розбудови та функціонування системи громадського здоров'я.

Принциповою відмінністю між старим підходом та новим є те, що сучасне громадське здоров'я має на меті розбудову системи за принципами децентралізації та субсидіарності. Це означає, рішення не рухаються від найвищого рівня до найнижчого, як було раніше, а навпаки, генеруються там, де проблема локалізована. Тож територіальні громади в даному аспекті - один з основних гравців громадського здоров'я. Такий підхід передбачає, що врахування локального контексту у прийнятті рішень корелюватиме з їх подальшою якістю та ефективністю, адже послуги надаватимуться тим рівнем, який знаходиться найближче до споживача.

Таким чином, на національному рівні встановлюються пріоритети, актуальні для цілої держави, в той час як регіональний та місцевий рівень розробляють власті програми розвитку, сфокусовані на плані вирішення проблем конкретної території.

Проблема полягає в тому, що аби ця система змогла функціонувати максимально ефективно, наділити функціями нижчі організаційні ланки виявилось замало. В контексті громадського здоров'я ключовими є фахівці,

які свого роду наповнюють систему та реалізують заходи, передбачені планами розвитку. Тож питання реінтеграції фахівців з колишніх СЕС та підготовка нових спеціалістів - запорука функціонування системи як такої. Нині є складнощі і з тим, що всі процеси є запаралеленими: з одного боку, потрібно вдосконалювати підходи на національному рівні, з іншого - реалізовувати програми на місцях. І в нас немає змоги, а вірніше часу, щоб провести ґрунтовний аналіз спроможності та розробити план мінімізації ризиків. За найоптимістичніших прогнозів, в 2030 році ми вже будемо мати нових підготовлених кадрів, а в 2040 роках - результати їхньої роботи. Це означає, що концепція підготовки нових спеціалістів повинна бути вкрай виваженою та оптимізованою. Це вдасться здійснити, якщо заручитись підтримкою закордонних експертів, впровадити незалежну оцінку якості навчання та створити конкурентний ринок для надавачів освітніх послуг. Водночас, потрібно подбати про створення робочих місць для новоспечених фахівців з громадського здоров'я і тут вже йдеться про саму систему та низку стратегічних рішень, які варто запровадити. Найбільшим викликом зараз є не відкотитись до концепції СЕС, яку титанічними зусиллями вдалося ліквідувати. Але запропоновані рішення в законопроекті Про громадське здоров'я певною мірою сприятимуть такому регресу. Ми знову повертаємось до акумуляції рішень в одних руках, а також до вертикальної взаємодії, де рішення диктуються зверху вниз, а ініціативна територіальних громад не отримує політичної та фінансової підтримки.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алма-Атинська декларація ВООЗ з первинної медико-санітарної допомоги, (Алма-Ати, 12 вересня 1978 р.)

URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997\\_189#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997_189#Text)

2. Гельсінська заява щодо здоров'я у всіх політиках: Гельсінкі, матеріали восьмої глобальної конференції з питань зміцнення здоров'я, 10–14 червня 2013 р.)

3. Європейський план дій з посилення потенціалу та послуг громадського здоров'я: Мальта, 62 сесія Європейського регіонального бюро ВООЗ, вересень 2012 р., С. 2-5

4. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України: Закон України від 07.12.2017 р. за № 2233-VIII, ст. 87, 89, 90.

5. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

6. «Класифікатор професій» (розділ 2 «Професіонали», код 2225.2, підклас «Професіонали в галузі медико-профілактичної справи», професійне угруповання «Лікарі, фахівці в галузі медико-профілактичної справи» URL: <https://kodeksy.com.ua/buh/kp/22252.htm>

7. Концепція розвитку системи громадського здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. за № 1002-р

8. Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП) ( 2005 р.) URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/897\\_007#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/897_007#Text).

9. Про утворення Державної установи „Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України“: Наказ МОЗ України від 18.09.2015 № 604

URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/604.pdf>

10. Про внесення змін до Наказу МОЗ України № 604(від 18.09.2015):  
Наказ МОЗ України від 13.04.2016 № 357

URL:[https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/\\_%D0%9C%D0%9E%D0%97%20%E2%84%96%20357.pdf](https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/_%D0%9C%D0%9E%D0%97%20%E2%84%96%20357.pdf)

11. Про деякі зміни питання реорганізації державних підприємств та установ МОЗ України: Наказ МОЗ України від 03.11.2017 № 1363

URL:[https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/\\_1363%20\(%D0%B7%D0%BC%D1%96%D0%BD%D0%B8%20%D0%B4%D0%BE%20604\).pdf](https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/_1363%20(%D0%B7%D0%BC%D1%96%D0%BD%D0%B8%20%D0%B4%D0%BE%20604).pdf)

12. Про деякі питання реорганізації установ МОЗ України: Наказ МОЗ України від 07.09.2018 № 1636

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1636282-18>

13.Про визнання таким, що втратив чинність: Наказ МОЗ України від 30.03.2018 № 588

14. ДУ Центр громадського здоров'я МОЗ України: Наказ МОЗ від 18.02.2022 № 02-агд «Про деякі питання організації процесу безперервного професійного розвитку»

URL:[https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/PHC\\_nakaz\\_2022.02.18\\_02-agd.pdf](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/PHC_nakaz_2022.02.18_02-agd.pdf)

15 . Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація: Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/42/2016#n14>

16. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я: операційний посібник, В. Ляшко та ін. УДК 351.77:614.2, Київ, 62 ст.

17. Оттавська Хартія зі зміцнення здоров'я до 2000 р. та після, (Оттава, 21 листопада 1986 р.)

URL:<https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/MI-T2-Public-health-propaedeutics.pdf>

18. План дій щодо профілактики та контролю за неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2025 рр.

URL:[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/346328/NCD-ActionPlan-GB.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/346328/NCD-ActionPlan-GB.pdf)

19. Політична декларація Ріо-де-Жанейро щодо соціальних детермінантів (Ріо-де-Жанейро, Всесвітня конференція з питань соціальних детермінантів здоров'я, 21 жовтня 2011 р.)

URL:[https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_455#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_455#Text)

20. Постанова КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1121 Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для виконання програми “Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями”. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1121-2019-п#Text>

21. Про хвалення Концепції розвитку громадського здоров'я: постанова КМУ № 1002-2016-р, від 30.11.2016

URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-р#Text>

22. Проект закону: «Про систему громадського здоров'я», № 4142 від 22.09.2020 [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=70025](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=70025)

23. Рамкова конвенція ВООЗ боротьби проти тютюну (РКБТ) (Всесвітня асамблея охорони здоров'я, 21 травня 2003 р.)

URL:[https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/897\\_001#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/897_001#Text)

24. Резолюція Генеральної Асамблеї ООН з профілактики та контролю за неінфекційними хворобами (матеріали засідання Генеральної Асамблеї ООН, 19–20 вересня 2011 р.)

25. Резолюція Генеральної Асамблеї ООН «Перетворення нашого світу: порядок денний у галузі сталого розвитку на період до 2030 р.»; 25 вересня 2015 р.  
URL:[https://www.who.int/docs/default-source/searo/hsd/hwf/01-monitoring-the-health-related-sdgs-background-paper.pdf?sfvrsn=3417607a\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/searo/hsd/hwf/01-monitoring-the-health-related-sdgs-background-paper.pdf?sfvrsn=3417607a_4)
26. Питання Міністерства охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 2 вересня 2015 року № 909-р .  
URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/909-2015-%D1%80>
27. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 18.08.2017 р. за № 560-р  
URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/560-2017-p#Text>.
28. Н. Кириченко, М.Бачмага: «Роль системи громадського здоров'я у контексті пандемії»: презентація, ГО «PH Capital», 2020 р.
29. Статут Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»: Наказ МОЗ України від 03.09.2021 № 1870 URL:<https://phc.org.ua/pro-centr/ustanovchi-dokumenty>
30. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, № 1678-VII від 16.09.2014  
URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984\\_011#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text)
31. Introduction to public health / Mary-Jane Schneider, Henry S.Schneider ; Description: Fifth edition. | Burlington : Jones & Bartlett Learning, MA, 2017, Chapter 3, page 29-37
32. *The Future of Public Health* (Washington, DC: National Academy Press, 1988).



33. The Two-Communities Theory and Knowledge Utilization Nathan Caplan,  
First Published January 1, 1979