

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
І.Я.ГОРБАЧЕВСЬКОГО
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Кравець Наталія Орестівна

На правах рукопису

УДК: 378.14:37.013.83:614.253.52

СОЦІАЛЬНІ ПРОГРАМИ У ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'І

спеціальність 229 «Громадське здоров'я»

Науковий керівник:
кандидат географічних наук, доцент кафедри
громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
Тернопільського національного
медичного університету
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України
Запорожан Л.П.

Тернопіль 2021

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 АНАЛІЗ ПРОЦЕСІВ РЕФОРМУВАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЯК ОСНОВИ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНИХ ПРОГРАМ	8
1.1 Аналіз особливостей поточної реформи охорони здоров'я в Україні	8
1.2 Аналіз інноваційної основи системи соціальних програм	12
1.3 Планування програм громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях	20
Висновки до 1-го розділу	27
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	29
2.1. Методи дослідження	29
РОЗДІЛ 3 ОЦІНКА ПЛАНУВАННЯ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПРОГРАМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	32
3.1 Особливості оцінювання та досліджень соціальних програм громадського здоров'я	32
3.2 Дослідження політики побудови соціальних програм	35
3.2.1 Соціальні програми та політика доказової бази	39
3.2.2 Програмні цілі, результати та заходи соціальних програм	40
3.2.3 Фінансування, моніторинг та оцінка соціальних програм	42
3.2.4 Оцінка логіки побудови соціальних програм.	45
3.3 Аналіз та оцінювання функціонування соціальних програм громадського здоров'я	49
Висновки до 3 розділу	60
РОЗДІЛ 4 ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНИХ ПРОГРАМ	62

4.1 Зарубіжний досвід фінансування соціальних програм на прикладі неінфекційних захворювань	62
4.2 Організаційні напрямки вдосконалення соціальних програм	64
Висновки до 4 розділу	77
ВИСНОВКИ	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	80

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
ЗОЗ	Заклади охорони здоров'я
ООН	Організація об'єднаних націй
USAID	Агенство США з міжнародного розвитку
ССЗ	Серцево-судинні захворювання
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
НІЗ	Неінфекційні захворювання
НЗСУ	Національна служба охорони здоров'я України
НУО	Неурядові організації
ПДЛ	Програма «Доступні ліки»

ВСТУП

Соціальні програми громадського здоров'я є інтегровані в реформування охорони здоров'я України та спрямовані на профілактику захворювань, зміцнення здоров'я і збільшення тривалості життя, та здатності забезпечення рівного доступу до якісної медичної допомоги, отримання фінансового захисту від надмірних витрат.

У зв'язку з цим зростає актуальність вивчення основ побудови соціальних програм та механізмів їх впровадження відповідно до прийнятих напрямків реформування охорони здоров'я як на національному, так і на регіональному/місцевому рівнях.

Актуальність теми. Держава, незважаючи на зацікавленість у поширенні таких програм, поки що не створила належних умов для цього. Формування соціальних програм громадського здоров'я, особливо на регіональному та місцевому рівнях, багато в чому носить безсистемний характер. Відсутні і загальноприйняті стандарти публічної соціальної звітності.

У зв'язку з цим зростає актуальність вивчення політики планування соціальних програм, а також практичних механізмів їх реалізації відповідно до умов сьогодення.

Об'єктом дослідження є соціальні програми громадського здоров'я.

Предметом дослідження є порівняльна оцінка, аналіз та шляхи підвищення ефективності соціальних програм на національному, регіональному/місцевому рівнях.

Мета роботи – аналіз побудови та планування соціальних програм громадського здоров'я на основі базових положень реформування охорони здоров'я для підвищення ефективності їх впровадження та функціонування.

Для досягнення мети поставлені наступні завдання:

– провести аналіз особливостей поточної реформи охорони здоров'я в Україні;

- провести аналіз інноваційної основи системи соціальних програм громадського здоров'я на національному, регіональному/ місцевому рівнях;
- дослідити політику соціальних програм громадського здоров'я (програмні цілі, логіка побудови, результати, фінансування, моніторинг);
- дослідити особливості функціонування соціальних програм національного, регіонального/місцевого рівнів;
- запропонувати організаційні напрямки підвищення ефективності функціонування соціальних програм громадського здоров'я.

У роботі використано навчальні та спеціальні джерела з проблеми дослідження, матеріали спеціальних періодичних видань, інтернет-ресурси.

Методи дослідження. В процесі аналізу та дослідження використовувались загальнонаукові та спеціальні методи: дослідження теоретичного узагальнення, методи порівняльного аналізу, метод класифікації та групування, статистичного порівняння та узагальнення.

Наукова новизна. Запропоновано подальший розвиток підвищення ефективності впровадження та реалізації соціальних програм громадського здоров'я на основі порівняльного аналізу програмних та державних документів.

Практичне значення отриманих результатів. Реалізація наданих пропозицій може сприяти підвищенню ефективності розробки і впровадження соціальних програм у громадському здоров'ї.

Апробація результатів роботи.

1. Д. В. Вакуленко, Н.Я. Климук, Н. О.Кравець, О.М. Кучвара, О.П.Сидоров/ Біосенсори для моніторингу навколишнього середовища// Матеріали першого міжнародного Україно-Німецького симпозіуму громадського здоров'я «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики сьогодення і перспективи розвитку», Тернопіль, 25-26 вересня 2019 року. – С. 3-6.
2. Запорожан Л.П., Кравець Н.О./Формування інноваційної основи системи соціальних програм у громадському здоров'ї. // Матеріали другого міжнародного Україно-Німецького симпозіуму «Громадське

здоров'я в соціальному і освітньому просторі - виклики в умовах реформування і перспективи розвитку», 22-24 вересня 2020 р. Тернопіль, 2020.-С. 114-118

3. Кравець Н.О. /Контроль атмосферного повітря як необхідна складова соціальних програм громадського здоров'я// Матеріали ХХІ Всеукраїнської науково-практичної конференції «Довкілля і здоров'я», 22-24 квітня 2021 р. Тернопіль 2021.
4. Запорожан Л.П., Кравець Н.О. /Стратегія планування соціальних програм у громадському здоров'ї. // Л.П. Запорожан , Н.О.Кравець / Вісник соціальної гігієни-2021.-№1. С.

РОЗДІЛ 1

АНАЛІЗ ПРОЦЕСІВ РЕФОРМУВАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЯК ОСНОВИ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНИХ ПРОГРАМ

1.1 Аналіз особливостей поточної реформи охорони здоров'я в Україні

Необхідність проведення реформ в сфері охорони здоров'я і побудова концепції розвитку громадського здоров'я (2016) були спричинені епідеміологічною ситуацією в країні. Згідно із Базою даних «Здоров'я для всіх» [1] смертність від серцево-судинних захворювань у 2015 році порівняно з 1990 роком зросла з 589,03 до 634,59 смертей на 100 000 жителів України.

Про неефективність лікування і профілактичних заходів свідчили інші епідеміологічні дані [1]. Смертність від інфекційних та паразитарних захворювань у 1990 - 2015 роках зросла з 11,78 до 21,67 смертей на 100 000 населення. У прийнятій референтній групі європейських країн, спостерігалось зниження з рівня 8,76 до 7 смертей на 100 000 населення. Ця різниця ще більше вражає у випадку туберкульозу, де в 2015 р. смертність в Україні становила 9,89 випадків на 100 000 населення, тоді як у референтній групі – 1,77 смертей на 100 000 населення.

Слід відмітити, що рівень дитячої смертності в період 1990–2015 рр. зменшився з 16,6 до 8,1 смертей на кожні 1000 новонароджених, однак для референтної групи цей спад значно вищий – 4,85 смертей на 1000 новонароджених [1].

Дані про тривалість життя в Україні показували, що відбулося певне покращення: з 70,53 років у 1990 році до 72,5 років у 2015 році, але це значно нижче, ніж у порівняльній групі європейських країн, де початкове середнє значення у 1990 році було подібним до України (70,84 року), але у 2015 році тривалість життя зросла до 76,87 року [1].

Крім цього, спостерігалось значне зниження щеплень немовлят. Наприклад, відсоток дітей щеплених проти кору за останні роки різко впав до рівня 42 % у 2016 р (попереднє десятиліття перевищував 90%). Подібна ситуація стосується щеплень проти туберкульозу – з рівня, що перевищував 90 % до 39% у 2015 році [1].

В Україні налічувалося понад 2200 лікарень та понад 400 000 лікарняних ліжок (5,22 лікарні та 890,7 ліжок на 100 000 населення) у державному секторі. У перерахунку на душу населення це більше, ніж у країнах ЄС. Але медичні заклади мають застаріле обладнання, і дуже мало хто може надати комплексний догляд [2].

До теперішнього часу механізм фінансування охорони здоров'я в Україні базувався на загальній системі оподаткування, згідно з якою видатки розподілялись між державним (національним) та регіональним бюджетами. У 2015 році державне фінансування системи охорони здоров'я досягло 71 млрд. грн. (близько 3,2 млрд. дол. США) або близько 3,5% ВВП, тоді як загальні державні та приватні витрати становлять 7,4% ВВП. Через низьку вартість ВВП України ці видатки, хоча вони можуть здатися досить високими у відносному вираженні, перетворюються на дуже низький рівень витрат на душу населення, який складає менше 300 доларів США (2012 р.). Первинна медична допомога отримує близько 10% фінансування охорони здоров'я по догляду, і основна частка витрат йде на вузькоспеціалізовану допомогу [3].

Хоча за останнє десятиліття загальний обсяг фінансування збільшився більш ніж у п'ять разів, однак це можна пояснити, здебільшого, девальвацією валюти [4].

Крім цього, результати загальнонаціональних опитувань домогосподарств «Індекс здоров'я Україна» показує, що доступ до ліків залишався важливою проблемою для українського населення. Домогосподарства витрачають майже 11% середніх загальних витрат на придбання наркотиків. Згідно з іншим опитуванням домогосподарств, 92% населення боїться потрапити у фінансові труднощі та катастрофічні витрати у разі хвороби [5].

Також спостерігався обмежений доступ до різноманітних категорій медичних послуг. Дослідження показують [6], що майже 75% людей із поширеними психічними розладами та алкоголізмом в Україні не мають доступу до медичної допомоги. Основними причинами є: відсутність інформації та обізнаності, висока вартість лікування, страх перед державним обліком діагностованих на психічні захворювання.

Сукупні дані про результати системи охорони здоров'я також свідчать про відносно слабкий прогрес за останні два десятиліття, а також про значно гірші результати порівняно із середнім показником референтних груп [7, 8].

Виходячи із описаного короткого аналізу у 2015 році урядом запропонована стратегія реформування охорони здоров'я [9], яка базується на п'яти напрямках (Рис. 1.1).

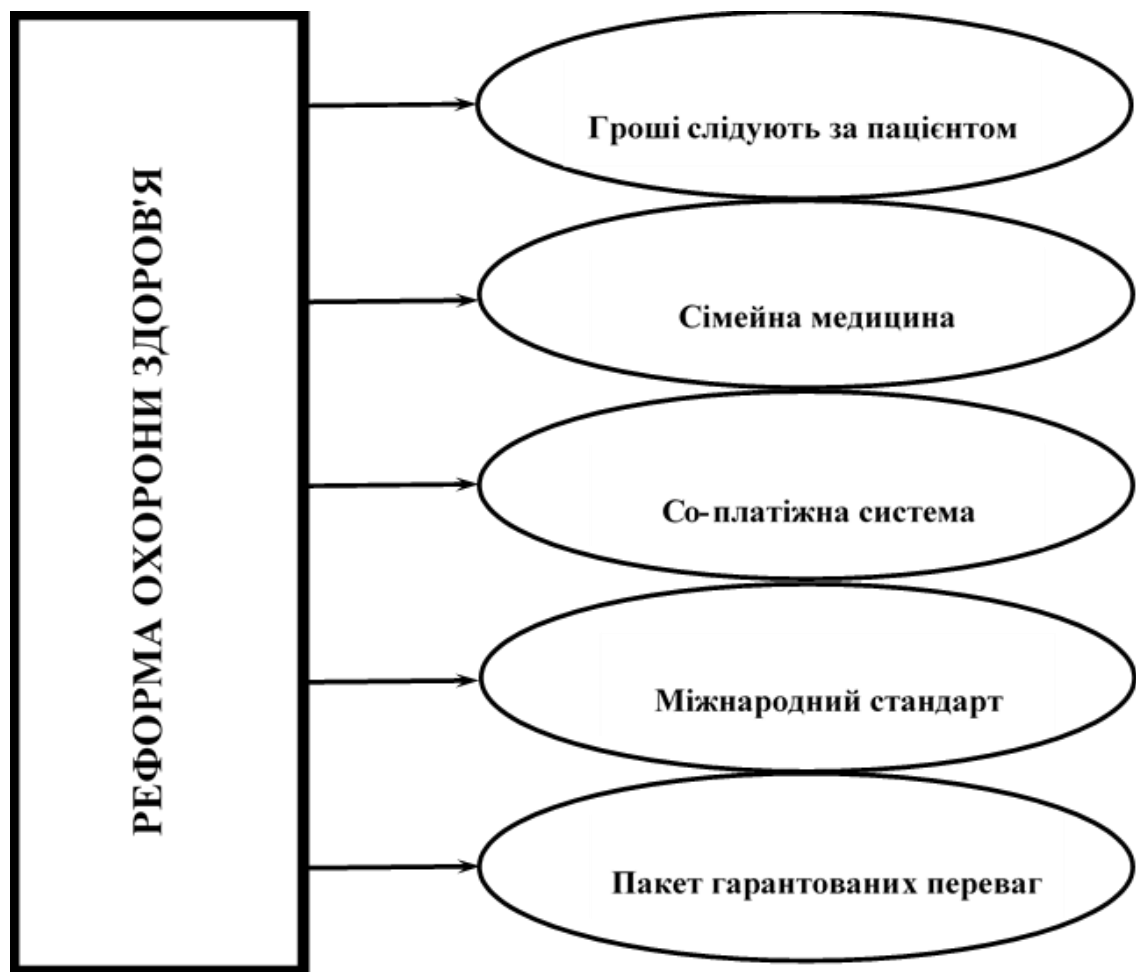


Рис. 1.1. Основні напрямки реформування охорони здоров'я України.

Джерело: побудовано автором за даними [9]

Перший напрямок реформування стосувався реорганізації системи фінансування медичних послуг, де основною зміною є зміщення на фінансування потреб пацієнта, відповідно до популярного формулювання «гроші йдуть за пацієнтом». Основні його припущення передбачають необхідність зміни відносин між платником та суб'єктами, що надають медичні послуги, де, останні змушені пристосовуватися до умов, запропонованих платником. Вони, згідно з припущеннями, повинні бути отримані з реальних потреб населення. Іншими словами, спектр послуг, що надаються постачальниками, та їх кількість повинні виходити з потреб в охороні здоров'я [10].

Другий напрямок – запровадження медичної спеціалізації у галузі сімейної медицини. Сімейний лікар, з одного боку, повинен стати головним координатором процесу охорони здоров'я пацієнта, а з іншого боку – допускається вибір пацієнта за індивідуальним рішенням. Крім того, фінансування сімейного лікаря повинно базуватися на ставці на одиницю населення, де дохід лікаря залежить від кількості пацієнтів, які знаходяться під його наглядом [10].

Третій напрямок – держава зобов'язується чітко визначити обсяг своєї фінансової відповідальності в галузі охорони здоров'я, що слід розглядати як рівнозначне запровадження пакета гарантованих виплат. Згідно з декларацією Міністерства охорони здоров'я України, повний спектр відшкодування повинен охоплювати: сімейні медичні послуги, паліативну допомогу, невідкладну медицину та фармацевтичне лікування серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми та діабету 2 типу. Крім цього, повний обсяг відповідальності держави також охоплює пологи, рідкісні захворювання та онкологічне лікування. Очікувалось, що такі рішення допоможуть зробити прозорою фінансову відповідальність держави, а також обмежать явище неформальних виплат, які часто зустрічаються в системі охорони здоров'я [10].

Четвертий напрямок передбачає впровадження системи співоплати, включаючи тарифи, затверджені державою, що залишаються в межах сфери

регулювання, а також систему додаткового страхування. У той же час певний спектр послуг повинен бути повністю виключений із спектра державної вигоди (наприклад, естетична медицина) [10].

П'ятий напрямок – підвищення якості послуг, що надаються. Лікарі, які працюють у системі, зобов'язані впроваджувати процедури згідно з чинними міжнародними стандартами, а не нинішніми, які застарілі та не відповідають сучасному стану медичних знань. Проблема також пов'язана з реформою медичної освіти [10].

1.2 Аналіз інноваційної основи системи соціальних програм

Представлені основні напрямки реформування охорони здоров'я України закладені в основу концепції розвитку громадського здоров'я (2016) та побудови нових підходів до організації здорової нації. За останні п'ять років на базі створеного Центру громадського здоров'я для забезпечення його діяльності Україна приєдналася до ряду міжнародних загальноприйнятих документів та принципів, які є програмними щодо діяльності у сфері поліпшення здоров'я населення, формування здорового способу життя та передбачають такі напрямки [11]:

- провадження політики здоров'я: впровадження підходів щодо соціальних детермінантів та зниження нерівності у сфері охорони здоров'я («Політична декларація Ріо-де-Жанейро (2011)); залучення професіоналів, політиків, представників громадського суспільства для зменшення нерівності у сфері охорони здоров'я («Здоров'я 2020» (2012));

- створення здорових природних і соціальних середовищ: боротьба проти тютюнопаління («Рамкова конвенція ВООЗ боротьби проти тютюнопаління» (2005)); створення регіональних та глобальних стратегій щодо скорочення передчасної смертності, зниження неінфекційних захворювань (План дій ВООЗ на 2016-2025 р.р.);

– розвиток активності громад і організацій: забезпечення розширення послуг громадського здоров'я («62 сесія Європейського регіонального бюро ВООЗ» (2012)); запровадження міжнародних медико-санітарних правил (2005), які передбачають заходи в портах, аеропортах і іншому транспорті спрямованих на запобігання ризиків для здоров'я; захист, контроль, реагування у міжнародному контексті на виникнення та поширення хвороб;

– переорієнтація пріоритетів системи охорони здоров'я (Саміт ООН зі сталого розвитку: «Міцне здоров'я та благополуччя» (2015)): забезпечення гендерної рівності, розширення прав і можливостей жінок; забезпечення раціонального використання водних ресурсів та дотримання санітарії; забезпечення сталого економічного розвитку та продуктивної зайнятості й гідної праці для всіх; безпеки та екологічної стійкості міст і населених пунктів; боротьба зі зміною клімату та його наслідками.

Розробка та впровадження соціальних програм громадського здоров'я, забезпечення зв'язку з неурядовими організаціями та іншими донорами і партнерами. Для побудови загальної системи встановлена співпраця з USAID (Агентство США з міжнародного розвитку). Діяльність USAID зосереджена на реагуванні на інфекційні захворювання (ВІЛ /СНІД, туберкульоз, гепатит С (HCV) та поліпшення охоплення імунізації таких захворювань, як поліомієліт [16].

Україна має один із найвищих показників захворювань на ВІЛ / СНІД у Східній Європі та наближається до найвищого рівня захворюваності на туберкульоз, стійкий до різних препаратів. USAID підтримує програми побудови імунізації в Україні, щоб забезпечити захист дітей України від таких захворювань як поліомієліт та кір[12].

При допомозі USAID в Україні працюють поточні соціальні програми [12]:

– Deloitte Consulting Lilp (27.04.2018 – 26.04.2023). Діяльність спрямована на вдосконалення управління сектором охорони здоров'я; підтримання трансформації моделі фінансування охорони здоров'я; підвищення прозорості,

підзвітності та реагування системи охорони здоров'я; вдосконалення системи надання послуг населенню на всіх рівнях.

– Безпечні, доступні та ефективні ліки для українців (SAFEMed) (01.09.2017 – 31.05.2022). Діяльність полягає у вдосконаленні державних закупівель ліків та товарів медичного призначення (ліки від ВІЛ, туберкульозу та ВГС, а також медикаментозне лікування (МАТ); сприяння в створенні довгострокової фінансової підтримки у придбанні фармацевтичних препаратів.

– Проект СО „100 відсотків життя” (28.09.2018 – 27.09.2021). Сприяння розвитку інфраструктури електронної системи охорони здоров'я в Україні та зменшення рівня корупції завдяки підтримці національної системи електронного здоров'я.

– Програми боротьби з інфекційними хворобами: **HealthLink** (27.09.2017 – 26.09.2022) – подолання ВІЛ як загрози здоров'ю населення до 2030 року шляхом цілеспрямованої орієнтації на людей, які живуть з ВІЛ, та на ключові групи населення (які найбільше ризикують заразитися ВІЛ); **Serving Life** (27.09.2017 – 26.09.2022) – підтримка заходів щодо боротьби з туберкульозом, зменшення епідемії туберкульозу в Україні шляхом раннього виявлення, належного догляду та профілактики людей, які живуть з туберкульозом, резистентними до наркотиків (ТР) та ВІЛ / ТБ на рівні первинної медико-санітарної допомоги із закладами протитуберкульозної терапії у 12 вибраних областях України з найвищим рівнем коінфікованості щодо туберкульозу [12].

– Програма «Психічне здоров'я та інвалідність» (30.09.2015 – 30.06.2021) – співпраця Школи громадського здоров'я університету Джона Хопкінса з Національним університетом Києво-Могилянська академія. Діяльність полягає у послабленні наслідків травматичних подій для психічного здоров'я серед груп населення (ветерани) та членів їх сімей, що впливають на психічне здоров'я, сприяння розвитку та зміцненню доступної та справедливої системи охорони психічного здоров'я на базі громади. Реалізовується модель комбінованого підходу до лікування (СЕТА) у всіх областях України (понад 70 консультативних пунктів). Результати дослідження засвідчили успіх цієї моделі

лікування та продемонстрували позитивний вплив на зменшення симптомів депресії, схильності до суїцидів, [12].

В основу сучасного розвитку громадського здоров'я закладений метод послідовних дій: опитування, інтерв'ю, мозковий штурм. Це дозволило визначити основні оперативні функції, які взяті за основу центром громадського здоров'я в Україні в кінцевому форматі та розподілені на десять категорій (рис. 1.2) [13].

Вказані категорії оперативних функцій визначають основні важелі ефективної реалізації соціальних програм в сфері громадського здоров'я:

- моніторинг стану здоров'я населення та створення стандартів діяльності й звітності (фінансування, доступ до основних лікарських засобів, аналіз проблем у сфері розвитку системи здоров'я);

- виявлення та моніторинг ризиків для здоров'я (створення інституційних рамок систем запобігання та реагування);

- впровадження нормативних механізмів для захисту здоров'я населення, дотримання норм, правил та стандартів;

- моніторинг чинників ризику неінфекційних захворювань (тютюн, алкоголь, харчування, фізична активність); психічного, сексуального та репродуктивного здоров'я; профілактика травматизму;

- раннє виявлення та профілактика захворювань; надання допомоги та збереження максимальної якості життя;

- інвестиції в планування, управління, навчання та регулювання кадрів громадського здоров'я (базова та спеціальна підготовка, підвищення кваліфікації);

- доступність до комплексного державного фінансування при наданні послуг громадського здоров'я населенню (вакцинація, ВІЛ-сервісні послуги, тощо);

- проведення та оцінювання інформаційно-роз'яснювальних програм громадського здоров'я, використання інформації для зниження різноманітних

ризиків, запобігання захворюванням, полегшення орієнтації в послугах та програмах громадського здоров'я.

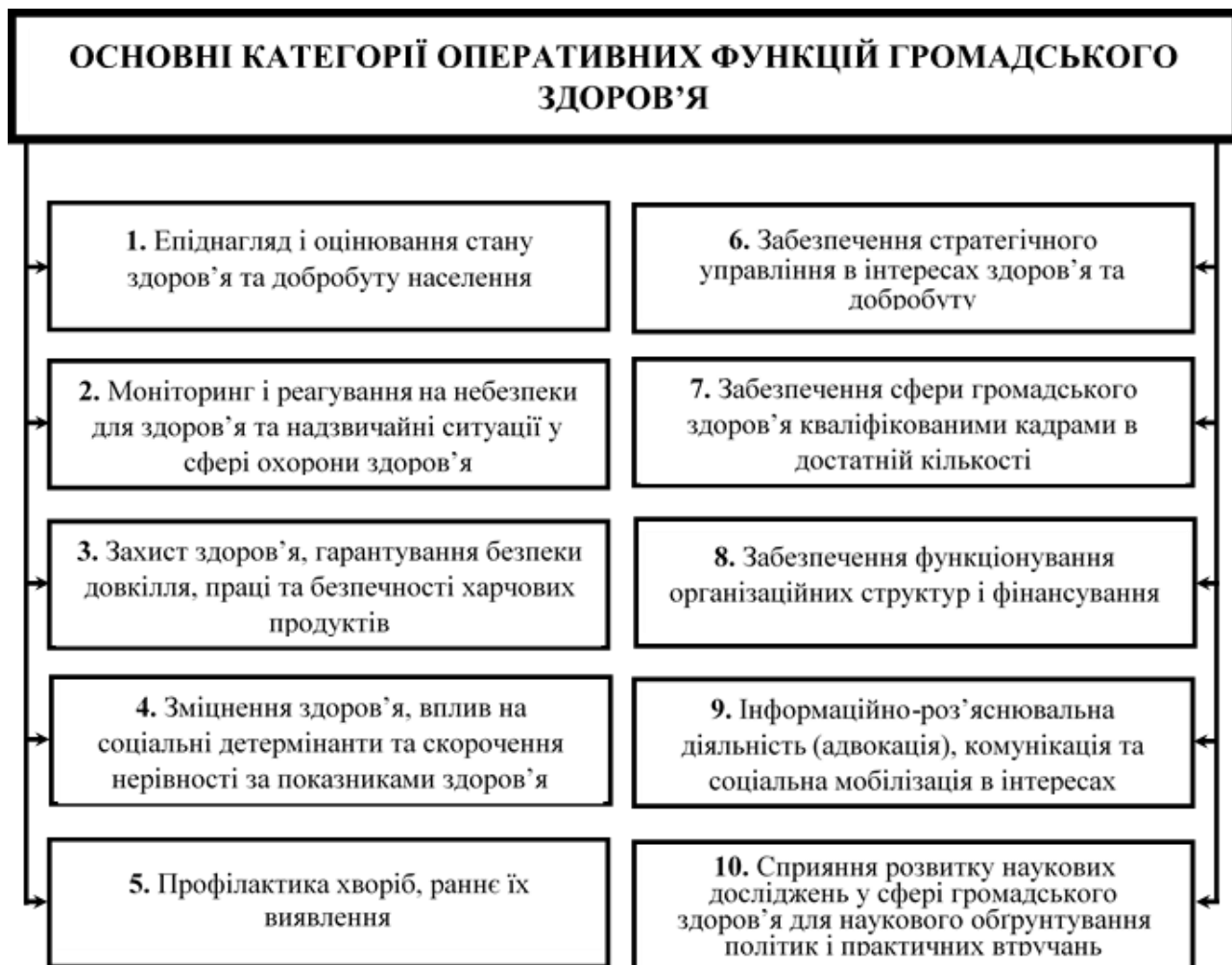


Рис. 1.2. Категорії оперативних функцій громадського здоров'я.

Джерело: побудовано автором за даними [9]

Як було зазначено, одним із пунктів реформування охорони здоров'я є принцип "гроші йдуть за пацієнтом". Це означає, що замість фінансування конкретних лікарень держава оплачуватиме кількість пацієнтів, які звертаються до конкретного постачальника. Запропонована схема фінансування здоров'я (Рис. 1.3), яка класифікується за загальнонаціональним, обласним та місцевим рівнями повинна забезпечувати основу для побудови дієвої формальної та структурної бази в системі [14].

Схема фінансування громадського здоров'я



Рис. 1.3. Схема фінансування громадського здоров'я.

Джерело: побудовано автором за даними [26]

Однак існує низка загроз, які зрештою можуть послабити суть реформи або значною мірою мінімізувати її позитивний ефект та спричинити негативне сприйняття серед суспільства та медичних працівників.

По-перше, переорієнтація моделі фінансування та її спирання на вибір, зроблений пацієнтами, має мати позитивний ефект з точки зору підвищення якості послуг, що надаються. Однак, в ситуації, коли обмежені фінансові ресурси, призначені для охорони здоров'я, перехід до такої моделі повинен передбачати рішення, які раціоналізують попит, що може спричинити тривалий час очікування на певні категорії послуг. Обмеження доступу, хоча і на рівні системних рішень, може, в свою чергу, призвести до зростання суспільного незадоволення, а також може передбачати розробку альтернативних механізмів фінансування надмірного попиту.

Хоча впровадження прогнозованих рішень на рівні первинної медико-санітарної допомоги навряд чи дасть такий ефект, у випадку спеціалізованих служб та деяких інших служб такий ризик існує насправді, про що свідчить досвід інших країн [15].

По-друге, існує реальний ризик неадекватного розподілу коштів на послуги, де збільшення фінансування буде наслідком тиску суб'єктів господарювання, що працюють на стороні попиту, а також певних споживчих рішень пацієнтів, спричинених іншими причинами, крім фактичної потреби в охороні здоров'я. Остаточний успіх у впровадженні обговорюваних рішень суттєво залежить від збільшення обсягу послуг, що охоплюються громадськістю. Це вимагатиме одночасного впровадження загальносистемних рішень, спрямованих на виявлення попиту, а згодом – планування пропозиції для конкретного виду послуг. Карти медичних потреб можуть бути прикладом потенційно корисних рішень такого роду [16].

Варто підкреслити, що зміна моделі фінансування на рівні самої первинної медичної допомоги є відносно простим рішенням та пов'язана з низкою можливих переваг, а саме: стимулюванням внутрішньої конкуренції, поліпшенням якості послуг та суворим контролем витрат [17]. Складнішим завданням є реальне посилення системної ролі первинної медико-санітарної допомоги. Ця складність зумовлена кількома ризиками та бар'єрами.

По-перше, посилення ролі сімейного лікаря пов'язане з необхідністю ретельної перебудови освітньої системи та запровадження системи стимулів для сімейних лікарів, щоб постійно вдосконалювати свої компетенції та забезпечувати професійну та фінансову здатність практики первинної медичної допомоги.

По-друге, необхідно систематично підтримувати сектор первинної медико-санітарної допомоги, щоб усунути звички, які прижилися серед медичних спеціалістів, а також пацієнтів, які звикли сприймати цей сектор лікування як неповноцінний. Обидва ці питання тісно пов'язані між собою [18].

Інша можлива складність полягає у відповідному формуванні фінансових відносин між сектором первинної медико-санітарної допомоги та вищими рівнями охорони здоров'я. Здійснення фінансової відповідальності лікарів первинної ланки за послуги, що надаються, може призвести до невиправданого обмеження доступу до діагностичних та спеціалізованих послуг. Це обмеження певною мірою є передбачуваним і необхідним для усунення надмірного попиту, однак воно не може розглядатися як бар'єр для задоволення медичних потреб лише при забезпеченні належного рівня компетентності та прихильності самих сімейних лікарів. У свою чергу, обмеження ролі відповідальності сімейного лікаря може призвести до перекладання витрат на інші сектори охорони здоров'я, що згодом може виявити передбачувані заощадження, спричинені зміненою формулою фінансування, а отже, може стати здатністю їх покрити. Також за цих обставин доступність спеціалізованих послуг може бути обмежена через відсутність системної можливості покрити витрати на зростаючий попит [19].

Впровадження пакета гарантованих виплат, зокрема, якщо воно побудоване позитивно, вважається важливою та необхідною умовою упорядкування фінансової відповідальності держави в галузі охорони здоров'я, а також регулювання фінансових потоків у системі загалом [20, 21]. Однак, прийняття таких рішень полягає у складності досягти консенсусу щодо кола суспільної відповідальності за доступ до послуг. Якщо пакет визначено занадто широко, він наражає систему на фінансовий дефіцит і створює очевидний ризик відповідальності держави, а доступ до послуг є чисто віртуальним. За відсутності відповідних потоків фінансування дефіцит повинен покриватися за рахунок приватних коштів [22].

З іншого боку, приватні фонди, залишаючись неконтрольованими з точки зору раціональності витрат лише частково сприяють поліпшенню епідеміологічного стану населення [23].

1.3 Планування програм громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях

Керуючись третьою статтею Конституції України, де життя та здоров'я людини визнаються найбільшою соціальною цінністю [24], функції громадського здоров'я та ресурси передані органам місцевого самоврядування, шляхом створення регіональних центрів громадського здоров'я («Здоров'я - 20020»).

Територіальні громади мають безпосередній контакт з населенням. Це дозволяє інтегрувати функції охорони здоров'я в діяльність органів місцевого самоврядування як на стратегічному рівні, так і на рівні надання послуг щодо поліпшення здоров'я, запобігання захворюванням, зростання тривалості активних років життя [25].

Оцінювання стану здоров'я населення в регіоні та визначення сфер, які потребують поліпшення, є важливими для інформування органів місцевої влади, щоб вони мали можливість впливати на формування політики й отримувати відповідні результати.

Характерною особливістю поточного стану регулювання громадського здоров'я є наявність поодиноких елементів системи громадського здоров'я, які діють незлагоджено та потребують оптимізації наявних ресурсів і суттєвого збільшення ефективності управління ними.

Серед таких елементів на регіональному рівні є установи та заклади, що належать до сфери управління МОЗ України (регіональні центри здоров'я, інформаційно-аналітичні центри медичної статистики, структурні підрозділи з питань моніторингу й оцінки протитуберкульозних закладів і центрів профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією, установи колишньої Державної санітарно-епідеміологічної служби України – лабораторні центри МОЗ України), інші центральні органи виконавчої влади й органів місцевого самоврядування [25].

Зазначені установи та заклади не можуть забезпечити належну взаємодію в рамках єдиної системи, їх функції та повноваження дублюються, планування, компліментарність заходів та обмін інформацією є формалізованими, що суттєво шкодить ефективності й оперативності реагування. Також, як показав аналіз, відсутня інформаційна система обліку та моніторингу захворювань, які б функціонували у режимі реального часу. Проведення звітності на паперових носіях значно сповільнює процес передачі необхідної інформації, призводить до необґрунтованих витрат людських ресурсів і не використовується для прийняття управлінських рішень.

Обсяг зібраних даних, що збираються, є необґрунтованим, а відсутність інформаційних систем призводить до неможливості ефективного аналізу. Паралельні системи збору даних спотворюють кінцеві результати, що не сприяє ухваленню ефективних управлінських рішень.

Саме тому Концепцією розвитку (2016), визначено інфраструктуру системи громадського здоров'я на основі регіональних центрів. (Рис. 1.4).

На національному рівні передбачено забезпечення функціонування Центру громадського здоров'я як координатора програм і проектів та покладення на нього функцій із супроводження управлінських рішень, зокрема зі створення та підтримки єдиної інформаційно-аналітичної системи, методичного керівництва лабораторною та аналітичною роботою регіональних центрів громадського здоров'я.

На регіональному рівні передбачено забезпечення централізації та децентралізації через передачу визначених функцій та ресурсів органам місцевого самоврядування, виконання функцій у сфері громадського здоров'я на регіональному рівні шляхом об'єднання та оптимізації наявних ресурсів і створення регіональних центрів громадського здоров'я [26].

РЕГІОНАЛЬНИЙ РІВЕНЬ

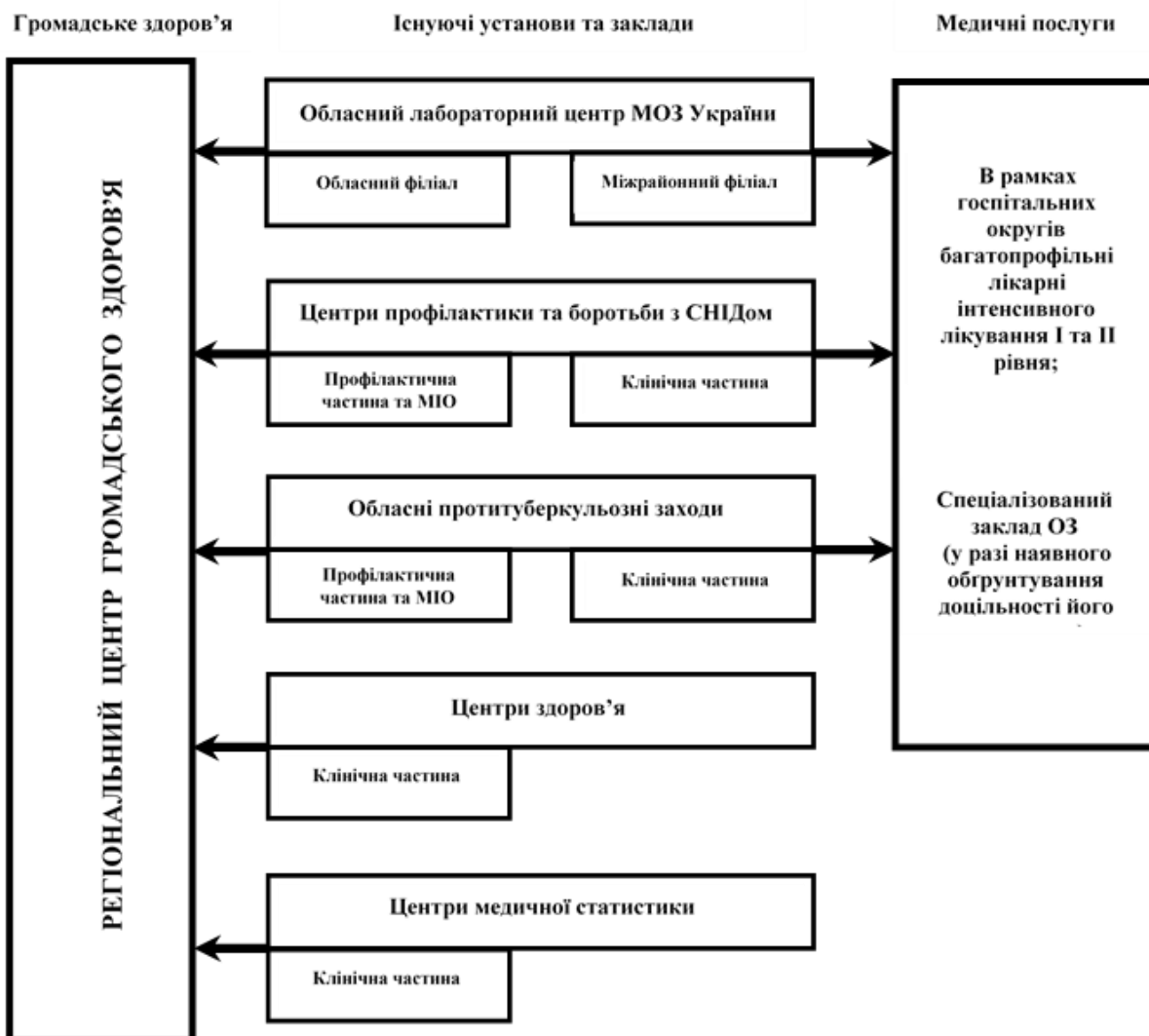


Рис. 1.4. Структура регіонального центру громадського здоров'я.

Джерело: побудовано автором за даними [26]

Структура центру громадського здоров'я передбачає виконання функцій та включення до складу регіональних центрів громадського здоров'я структурних підрозділів, які забезпечуються центрами здоров'я, інформаційно-аналітичними центрами медичної статистики, структурними підрозділами з питань моніторингу й оцінювання протитуберкульозних закладів і центрів профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією і лабораторними центрами МОЗ України [26].

На здоров'я людини впливають багато чинників: фізична активність, харчування, стан забрудненості повітря, професійна робота, тощо. Щодня люди підпадають під фактори ризику, які можуть впливати на їхнє здоров'я. Не

достатньо досліджено, які саме фактори ризику мають найбільший вплив на здоров'я населення, щоб мати змогу зменшити їх шляхом розробки та прийняття відповідних програмних заходів.

Обрання пріоритетності впливу на фактори ризику може здійснюватися на підставі регіонального аналізу причин захворюваності, інвалідності та смертності (загальної, материнської, дитячої).

При формуванні пріоритетів у сфері громадського здоров'я варто врахувати, що на регіональному рівні залишаються актуальними загальнодержавні (національні) проблемні питання, до яких додаються регіональні (обласні, районні, міські) особливості факторів ризику.

Врахування балансу між національними та регіональними пріоритетами громадського здоров'я важливе для того, щоб регіональні програми були невід'ємною частиною загальної системи планування в Україні. Тому, необхідно чітко розподіляти повноваження на загальнонаціональному, обласному та місцевому рівнях, що дозволить отримати позитивні результати при впровадженні соціальних програм (Рис. 1.5) [26].



Рис. 1.5 . Розподіл повноважень на різних рівнях підпорядкування.

Джерело: побудовано автором за даними [26]

Оскільки програми з громадського здоров'я зазвичай враховують залучення зацікавлених сторін та, відповідно, об'єднують декілька програм споріднених напрямів цієї галузі, що передбачає їх фінансування за кількома кодами функціональної класифікації видатків місцевого бюджету, то такі програми є комплексними [26].

Для забезпечення ефективної реалізації регіональних і місцевих програм громадського здоров'я бажано застосовувати покроковий сценарій розвитку, який встановлює готовність інфраструктури до втілення завдань формування ефективної політики у сфері охорони здоров'я населення, враховуючи десять основних оперативних функцій громадського здоров'я, що забезпечить розвиток регіональної системи моніторингу й оцінювання у сфері охорони здоров'я (Рис. 1.6).

Аналіз показує, що для успішної реалізації програм громадського здоров'я основною складовою є профілактична медицина. На сучасному етапі функції профілактичної медицини не відповідають сучасним підходам до епідеміологічного нагляду та зміцнення здоров'я населення: відсутня єдина технологічна платформа щодо системи обміну інформацією, що суттєво знижує ефективність оперативного реагування при потенційних загрозах; відсутня прозора та структурована система звітності про захворювання в країні, що не дозволяє проводити ефективний моніторинг за ситуацією.

Тому, при плануванні соціальних програм необхідно на регіональному та місцевому рівнях проводити детальний аналіз: наявних ресурсів (кадри, фінансування, система інформаційного забезпечення); програмної діяльності (профілактика захворювань, реклама здорового способу життя); готовності наявних структур до успішного втілення завдань у сфері охорони здоров'я населення.

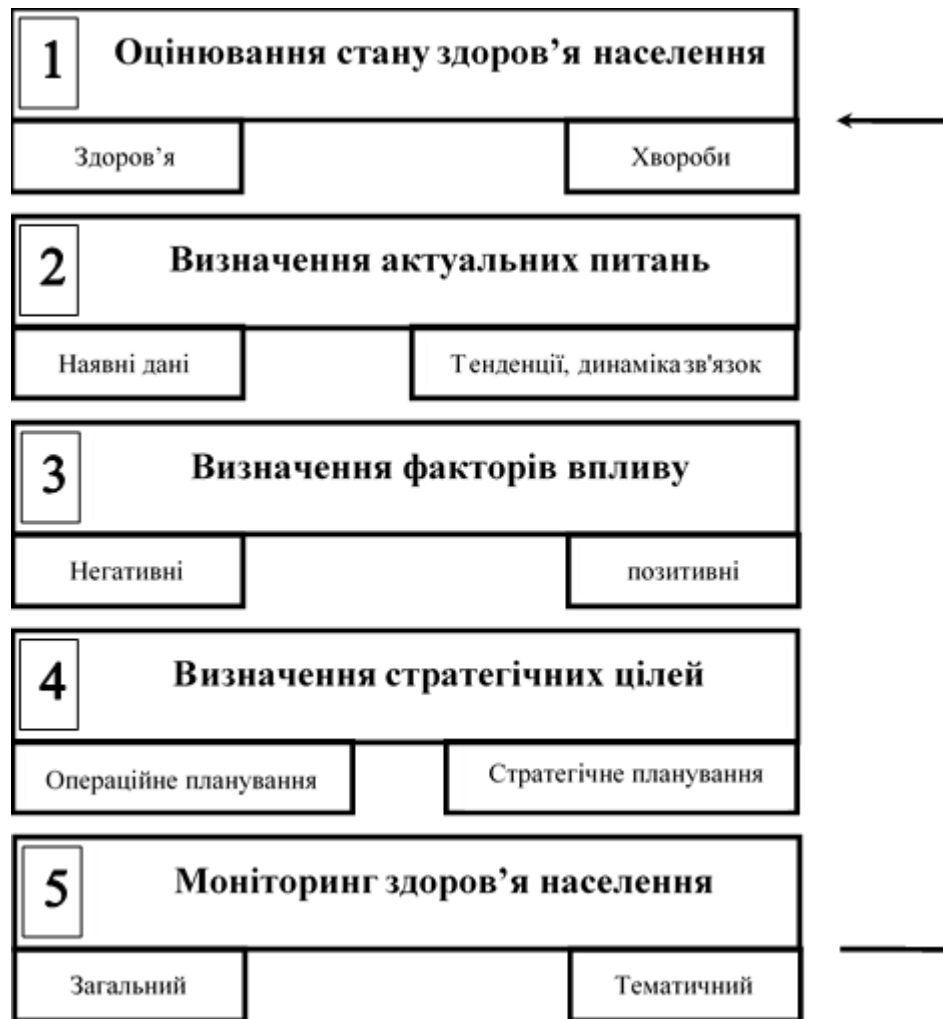


Рис. 1.6. Етапи моніторингу здоров'я населення.

Джерело: побудовано автором за даними [9]

Для планування та впровадження регіональних і місцевих програм громадського здоров'я необхідно проводити дослідження поетапно (Рис. 1.7) [26].

Регіональна робоча (експертна) група формується з провідних експертів у відповідній сфері та визначає пріоритетні напрямки політики соціальної програми в найближчій та довгостроковій перспективі. Також, реалізуються заходи щодо аналізу передової практики, наукових досліджень за рамками регіональних кордонів.



Рисунок 1.7. Етапи розробки регіональних і місцевих програм громадського здоров'я.

Джерело: побудовано автором за даними [9]

При визначенні пріоритетних напрямків регіональна експертна група проводить збір фактичних даних, структурує процеси пошуку для подальшого використання і забезпечення прозорості та підзвітності прийнятих рішень. Крім цього, створена система стратегічного управління даними працює з дотриманням конфіденційності особистих даних пацієнтів при проведенні моніторингу (Рис. 1.6). Обсяг моніторингу залежить від об'єму компонентів здоров'я населення та факторів впливу, тобто, реалізується тематичний (гігієна довілля, діабет, якість медичного обслуговування) або комплексний (оцінка галузі в загальному) підходи. Висновки моніторингу представляють у вигляді звітів, презентацій, статей про стан здоров'я населення за вибраними напрямками при використанні різних засобів масової інформації.

Узагальнена інформація, яка надана в аналітичній формі дозволяє провести аналіз отриманих даних для формування політики: пріоритетна політична проблема; надання послуг; фінансування; управління.

Реалізація політики в повному обсязі залежить від кількості задіяних установ, налагодженого партнерства, об'єднаних зусиль та ресурсів зацікавлених сторін.

Регіональна експертна група в подальшому розробляє концепцію регіональної/місцевої програми громадського здоров'я для обґрунтування необхідності та визначення мети, завдань і оптимального варіанту вирішення проблеми. Після широкого обговорення в ЗМІ та врахування пропозицій проводиться оцінка фінансового забезпечення функціонування соціальної програми та розробляються програми моніторингу для здійснення оцінки ефективності й очікуваної результативності пропонованих заходів.

Основою ефективності регіональної/місцевої соціальної програми громадського здоров'я є фінансування з бюджету із залученням коштів благодійних організацій і місцевих фондів.

Висновки до першого розділу

Проведений аналіз формування та планування соціальних програм у громадському здоров'ї на основі базових положень реформування охорони здоров'я та послідовності впровадження наступних етапів реформ дають позитивне прогнозування щодо остаточного ефекту.

Соціальні програми на національному, регіональному та місцевому рівнях планують на основі досвіду інших країн, особливо тих, що йшли подібним шляхом трансформації. Проекти соціальних програм раціонально викладені в часі з передбачуваним доопрацюванням протягом кількох років.

Однак, фактична результативність цих програм залежить від ряду додаткових факторів.

По-перше: макроекономічні умови та забезпечення належних ресурсів для надання медичних послуг. У цьому контексті важливим є рівень витрат на соціальні програми, які пов'язані з ВВП, тобто, мають значення витрати, що враховуються в абсолютних величинах, оскільки вплив цього фактору на результати ефективності безумовно, помітніший. Іншими словами, успіх соціальних програм безпосередньо залежить від трансформації та зростання української економіки.

По-друге: масштаби фінансування державою соціальних програм. Як показав аналіз, велика частка фінансового навантаження лежить на самих пацієнтах, що призводить до зменшення можливості отримання відповідного лікування та знижує результативність і якість соціальних програм. Це може бути вагомим обмеженням можливості досягнення передбачуваних цілей в епідеміологічному вимірі.

Загалом низький рівень достатку українського населення може також бути фактором, що обмежує популярність пропонованих додаткових інструментів захисту здоров'я населення.

По-третє, результативність соціальних програм у короткостроковій перспективі матиме обмежений ефект, і повне його здійснення може бути довготривалим процесом. Навіть у цій довгостроковій перспективі остаточний успіх можливий при повному наслідку дій, здійснених центром прийняття політичних рішень для реалізації обраних напрямків впровадження соціальних програм.

Виходячи із вищесказаного, необхідно дослідити ефективність соціальних програм за сукупністю кількісних і якісних показників та за витратами.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Методи дослідження

Сфера охорони здоров'я в Україні залишається нереформованою. Недостатнє державне фінансування спричинило сегрегацію населення за рівнем доходу та місцем проживання, що суперечить конституційним гарантіям безкоштовного надання медичної допомоги. Як наслідок, виникає потреба у розробці нових ефективних заходів та соціальних програм, спрямованих на зміцнення здоров'я населення, запобігання захворювань та вирішення нагальних питань.

Проведення наукових досліджень у громадському здоров'ї - це засіб покращення стратегій у цій сфері. За допомогою досліджень визначають зміст політики, розробленої в країні, і визначають список послуг, які повинні надаватися в цій системі. Дослідження проводяться з метою розширення бази знань, в якій основна увага приділяється процесу розробки основних дій, заснованих на фактичних даних, розробці нових методів дослідження, інноваційних технологій і рішень в сфері охорони здоров'я.

При вивченні ефективності розробки та впровадження соціальних програм у громадському здоров'ї, було використано ряд методів дослідження:

теоретичні – системний підхід (став основою проведеного дослідження і дозволив виокремити організаційно-економічні, соціально-політичні проблеми існуючої системи охорони здоров'я), історичний метод (дозволив здійснити теоретико-методологічний аналіз літературних джерел, присвячених висвітленню досліджуваної проблематики у вітчизняній та зарубіжній літературі, прослідкувати еволюцію її розвитку), абстрагування, узагальнення;

емпіричні – соціальне спостереження, метод експертних оцінок та описове моделювання (уможливили моніторинг оцінювання споживачами рівня якості реформ у сфері охорони здоров'я), прогностичний метод (використовувався

при формуванні кінцевих висновків, розробці рекомендацій і пропозицій щодо реформування соціальних програм у громадському здоров'ї).

Одним із важливих методів дослідження є метод інституційного аналізу, що полягає у визначенні ступеня впливу зовнішніх та внутрішніх факторів на реалізацію соціальних програм. До зовнішніх відносять політичні, соціальні, економічні, правові, культурні, а до внутрішніх - кваліфікаційний рівень працівників медичних та соціальних установ, на основі яких здійснюється виконання програми. Його завданнями є:

- аналіз бачення політики уряду, щодо питань, передбачених програмою, що розроблятиметься;
- визначення мети та завдань впровадження соціальної програми;
- оцінка здатності існуючих структур до посилення своїх можливостей і успішного втілення завдань з формування ефективної політики громадського здоров'я;
- оцінка кадрового складу, щодо здатності успішно виконувати завдання;
- аналіз інтересів населення у втіленні цієї чи іншої програми у сфері громадського здоров'я.

Важливим аспектом дослідження є систематичний збір та аналіз даних щодо здоров'я та детермінантів, які на нього впливають. Кількісні показники допомагають встановити розмір та обсяг імовірного впливу програми, виходячи з існуючого стану системи охорони здоров'я, екології, наявних ризиків щодо поширення захворюваності.

Для ефективної розробки, а в подальшому і впровадження соціальних програм використовується «дельфійський метод» (Метод Delphi). Цей метод дозволяє врахувати незалежну думку всіх учасників програми (групи населення або пацієнти; лікарі; соціальні працівники; представники органів влади) для створення стратегічного плану розвитку, на основі якого і будуються всі заходи та програми громадського здоров'я.

Метод Delphi заснований на багаторазових анонімних групових інтерв'ю. Суть цього методу полягає в використанні серії послідовних дій - опитувань,

інтерв'ю, мозкового штурму - для досягнення максимального консенсусу у визначенні правильного рішення. Аналіз «дельфійським методом» проводився в кілька етапів, результати опрацьовані статистичними методами.

Якісні дослідження стали безцінним інструментом для швидкого збору даних. Цей інструмент був використаний для отримання інформації про ймовірні шляхи вирішення певних завдань, а також сприйняття респондентами поточних проблем. Застосовувались такі якісні методи, як фокус-групи, глибокі індивідуальні співбесіди, стандартизовані інтерв'ю з відкритими питаннями. Вони націлені на три основні групи аудиторії: постачальники медичних послуг (медичний персонал); споживачі медичної допомоги (пацієнти); політики (представники органів виконавчої влади).

Проведений якісний аналіз, який складався з тематичних досліджень та обговорень у фокус-групах, показав неефективність існуючої системи охорони здоров'я, що стало основою для розробки рекомендацій щодо діяльності в цій сфері.

РОЗДІЛ 3

ОЦІНКА ПЛАНУВАННЯ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПРОГРАМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

3.1 Особливості оцінювання та досліджень програм громадського здоров'я

У першому розділі аналіз проблеми досліджень проводився з позиції планування політики соціальних програм на виконання 10 основних функцій, покладених на установи громадського здоров'я.

Для цього необхідно детальніше проаналізувати програмні та політичні документи, дослідити логічні моделі соціальних програм (мету програми, результати та механізми, за допомогою яких очікується досягнення результатів) та описати ефективність впровадження. У цьому контексті ми керувалися результатами аналізу Центру досліджень медичних послуг Кентського університету, Київської школи економіки, документами неурядових організацій, що досліджували проблеми реалізації соціальних програм громадського здоров'я.

Згідно з Концепцією розвитку громадського здоров'я в Україні впроваджується процес стратегічного реформування системи охорони здоров'я та планування заходів на національному, регіональному та місцевому рівнях, зосереджуючи увагу на переорієнтації з лікувальної політики на політику зміцнення і збереження здоров'я та профілактики захворювань.

Вибір області соціальних програм для аналізу проводився на основі важливих проблем охорони здоров'я в Україні [27, 28]:

- зниження тривалості життя;
- критично низький рівень охоплення вакцинацією населення;
- Україна посідає перше місце в Європі за поширенням ВІЛ / СНІДу;
- поширення туберкульозу (Україна входить до п'ятірки світових лідерів);

– стійкість до антибіотиків;

– високі показники смертності від неінфекційних захворювань. У структурі факторів смертності від неінфекційних захворювань основними є діабет, рак, хронічні обструктивні захворювання легень, серцево-судинні захворювання.

Аналіз результатів дослідження STEPS (організація при ВООЗ з нагляду за факторами ризику неінфекційних захворювань) показує зростання смертності від неінфекційних захворювань (НІЗ) із 86% (2016) до 89% (2019).

За іншими даними, згідно висновків ВООЗ у Європейському регіоні, у 2016 році неінфекційні захворювання становили 91% смертей [29]. Ймовірність смерті у віці від 30 до 70 років від будь-якого з чотирьох основних НІЗ (серцево-судинні захворювання, рак, цукровий діабет, хронічні респіраторні захворювання) в Україні в 2016 році була однією з найвищих серед країн Європейського регіону ВООЗ і вдвічі більшою як для чоловіків (35,1%), так і жінок (16,2%) [30]. Високим є рівень зловживання алкоголю, особливо серед чоловіків [31, 32]. Понад чверть дорослого населення має підвищений артеріальний тиск ($SBP \geq 140$ та / або $DBP \geq 90$ мм рт.ст. або приймає ліки для його зниження [33].

ВООЗ визначила низку ефективних втручань для запобігання та боротьби з НІЗ та розробила інструменти для сприяння їх виконанню [34]. Одним з таких інструментів є Пакет основних втручань щодо НІЗ (WHO PEN), який включає прості клінічні протоколи для комплексної профілактики та лікування ССЗ та діабету в первинній медичній допомозі (ПМСД) в умовах з низькими ресурсами [35].

Ключові фактори ризику неінфекційних захворювань показані на рис. 3.1.

Крім цього результати аналізу STEPS показали дуже високу поширеність НІЗ та їх факторів ризику в Україні [28]. Дослідження проводились на основі опитування (липень-листопад 2019 року) за допомогою стандартної анкети. Вибірка учасників була рандомізованою з репрезентативним її формуванням. Було включено 7700 дорослих віком 18–69 років (частка участі в опитуванні

57% (4409 респондентів)) з врахуванням демографічних і поведінкових факторів та фізичного обстеження й проведення окремих аналізів. Як проміжний висновок: необхідна розробка ефективних політик/стратегій, спрямованих на зниження рівня НІЗ в Україні.

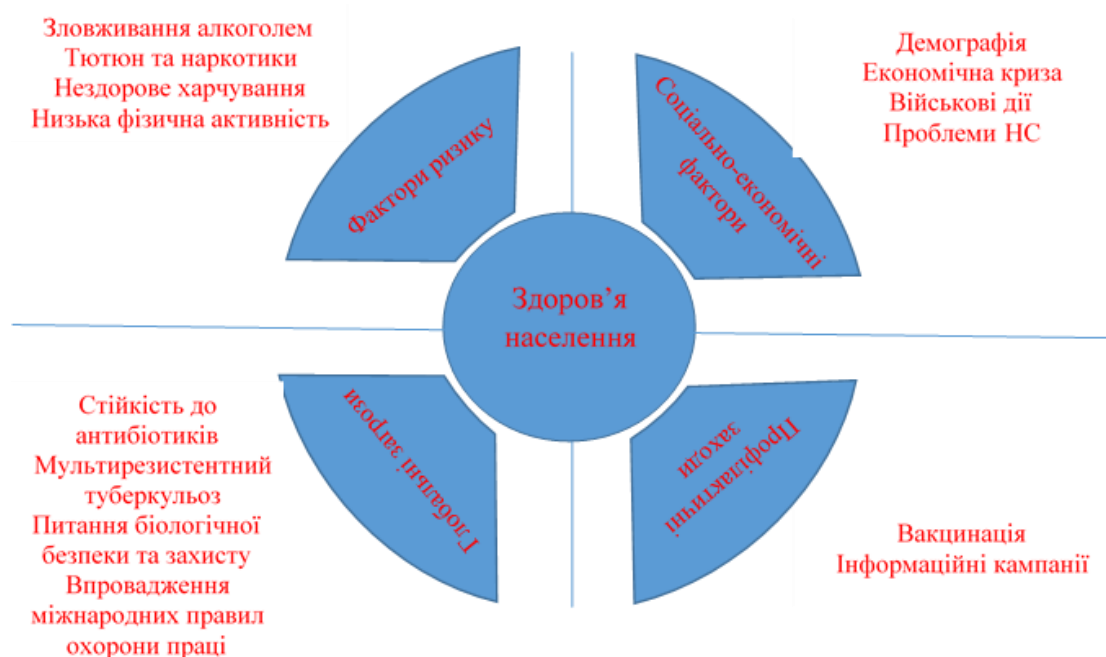


Рис. 3.1. Основні фактори ризику неінфекційних захворювань.

Джерело: побудовано автором самостійно

Відповідно до цільових показників Національного плану дій щодо зниження рівня захворюваності на НІЗ в Україні на основі аналізу були поставлені такі завдання [29]:

- на 25% зниження передчасної смертності від неінфекційних захворювань;
- принаймні на 10% зменшення зловживання алкоголем;
- на 10% зниження рівня неправильної фізичної активності;
- зменшення середнього споживання солі населенням на 30%;
- зменшення частоти споживання тютюнових виробів населенням у віці від 15 років до 18,5% індексу;
- припинення зростання ожиріння та захворюваності на діабет.

Враховуючи вище викладене, в дослідженні ми розглядали основні національні програми, які зосереджені на основних викликах здоров'я, з якими стикається населення України і стосуються неінфекційних захворювань (особливо серцево-судинних, діабету та раку).

3.2 Дослідження політики побудови соціальних програм

На базовому рівні основні елементи, що лежать в основі підходу України до зниження рівня захворюваності та смертності, зосереджуються на:

- забезпеченні лікарень та медичних закладів сучасним обладнанням та ліками;
- інформуванні населення про ризики, пов'язані зі здоров'ям;
- підвищенні кваліфікації медичного персоналу;
- побудові відповідної правової бази.

Першою складовою реформування охорони здоров'я в Україні та необхідною умовою успішного втілення національних та регіональних/місцевих соціальних програм громадського здоров'я щодо покращення здоров'я населення є національна програма «Доступні ліки» (ПДЛ) – програма відшкодування витрат на основні лікарські засоби.

Згідно із оцінкою ПДЛ [37] розширено доступ до 23 лікарських засобів для амбулаторного лікування хронічних НІЗ. На торгові найменування, що входять до ПДЛ, припадає 41% загального споживання проти гіпертонічних препаратів, 29% споживання засобів, які використовуються при обструктивних захворюваннях дихальних шляхів, і 48% споживання засобів для лікування цукрового діабету (рис.3.2).

Оцінка також підтвердила [37], що Програма сприяла значному збільшенню доступу до необхідних амбулаторних ліків в Україні, хоча споживання в різних регіонах було нерівномірним.

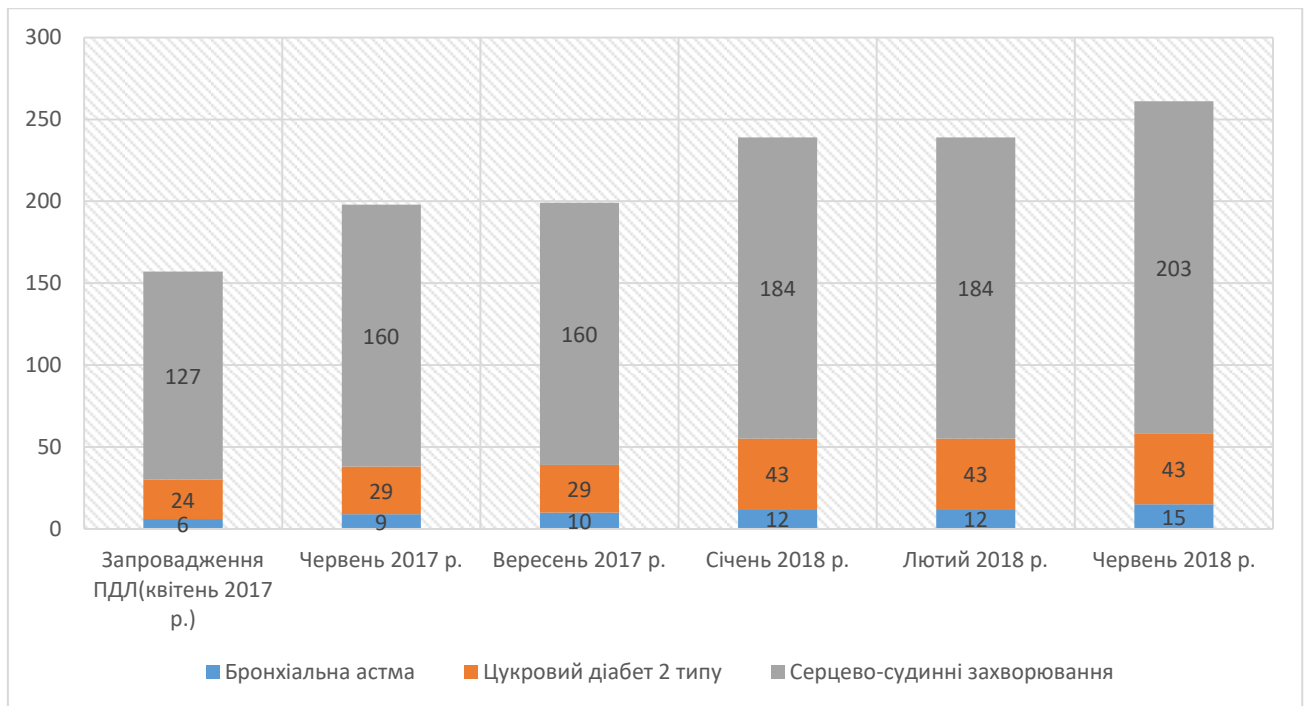


Рис. 3.2. Загальна кількість торгових найменувань генеричних лікарських засобів, що входять до ПДЛ.

Джерело: побудовано автором за даними [37]

Другою складовою реформування успішного втілення національних та регіональних/місцевих соціальних програм громадського здоров'я є побудова інформаційних систем для запровадження нових механізмів фінансування, запуску системи електронного здоров'я та посилення первинної медичної допомоги, включаючи відшкодування витрат на обрані ліки [36]. Станом на 14 січня 2020 року ліки за державною програмою відшкодування витрат "Доступні ліки" розподіляються в 7430 аптеках країни і лише на основі електронних рецептів [36].

Згідно із Програмою "Доступна допомога" для пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, діабетом II типу та бронхіальною астмою [36]: видано 11,19 млн електронних рецептів, з них погашено 9,39 млн (84,38%). Найбільша кількість рецептів була видана для лікування хвороб серцево-судинної системи (майже 8 940 млн.), цукровий діабет (понад 1,860 млн.) та бронхіальну астму (понад 332 тис.). Список лікарських засобів, доступних за програмою, включає 254 фармацевтичні препарати, 78 з яких можна отримати безкоштовно, а інші - з невеликою додатковою доплатою.

Третьою складовою реформування успішного втілення національних та регіональних/місцевих соціальних програм громадського здоров'я є зміни механізмів фінансування закладів, що надають первинну медичну допомогу. Витрати бюджету на первинну медико-санітарну допомогу зросли: з 10,6% витрат на охорону здоров'я у 2017 році до 14,6% у 2019 році. На кінець 2019 року 1 466 закладів охорони здоров'я первинної медичної допомоги уклали договір з Національною службою охорони здоров'я України (НСЗУ), 168 з яких – приватні та 248 – особистої практики (сімейні лікарі). Зростаюча конкуренція на ринку медичних послуг впливає на їх якість: установи почали орієнтуватись на потреби пацієнта, оскільки лише він може залучити гроші до закладу. Майже 70% населення підписали декларації з лікарями первинної ланки (терапевтом, педіатром або сімейним лікарем). Результати соціологічного опитування показують, що в середньому 70% населення задоволені якістю первинної медичної допомоги [38].

Задоволеність дільничним терапевтом/ родинним лікарем (серед усіх опитаних респондентів)

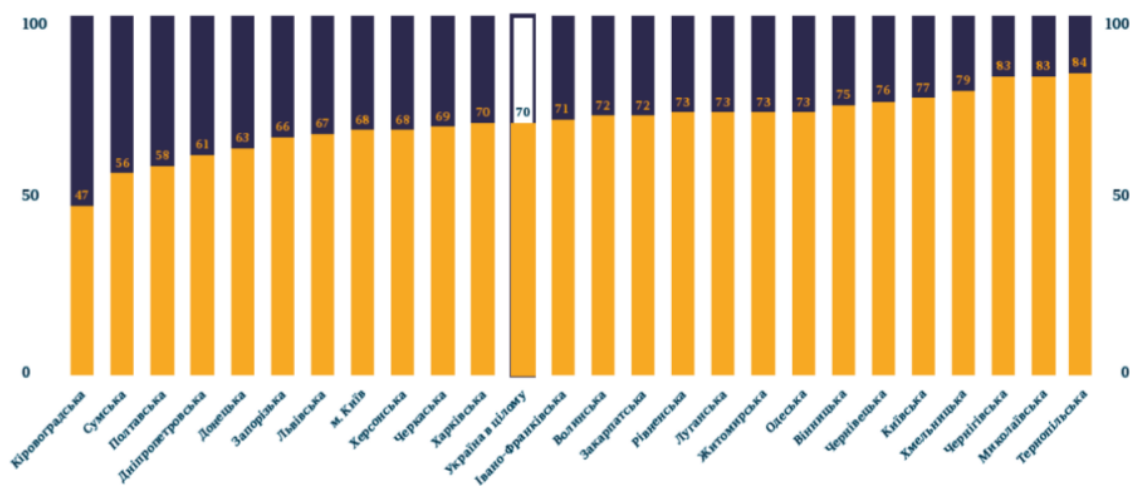


Рис. 3.3. Результати соціологічного опитування

Джерело: побудовано автором за даними [38]

Це підтверджується даними соціологічного опитування «Індекс здоров'я – 2019». Дослідження проводилися за репрезентативною вибіркою (від 18 років) у всіх регіонах країни. Результати отримані на основі 10224 анкет (400 респондентів в кожному регіоні) (рис. 3.3) [39].

Четвертою складовою реформування успішного втілення національних та регіональних/місцевих соціальних програм громадського здоров'я є впровадження в 18 державних медичних школах та закладах університетського рівня спеціальності «Громадське здоров'я» за триступеневою системою освіти та за системою перекваліфікації медичних працівників, де основним напрямком майбутніх фахівців є впровадження ефективних заходів на збереження здоров'я населення [40]. Як показав аналіз навчальних програм, основні напрямки діяльності полягають у: адміністративному управлінні центрами громадського здоров'я; моніторинг, аналіз та оцінка епідеміологічного стану населення, організації профілактики захворювань; правові, економічні, етичні засади впровадження громадського здоров'я.

Нарешті, кожна соціальна програма охорони здоров'я, як правило, має значний компонент, пов'язаний з первинною та вторинною профілактикою (здебільшого, шляхом надання інформації), причому теорія полягає в тому, що, якщо усвідомлення ризиків підвищується, поведінка, пов'язана із способом життя – покращується, тоді рівень захворюваності та смертності падатиме [41].

Крім цього, як показує аналіз результатів впровадження соціальних програм, проводиться переорієнтація на майстерність та кваліфікацію медичного персоналу – мається на увазі, що персонал, здатний належним чином використовувати сучасне медичне обладнання, є ще одним невід'ємним аспектом успіху програми.

Крім того, всі соціальні програми включають вдосконалення законодавчої бази серед своєї діяльності, оскільки це спосіб забезпечення інших змін. Такі законодавчі зміни включають: прийняття нових законів, введення нових медичних професій до національного реєстру професій, гармонізацію нормативних актів зі стандартами ВООЗ, тощо.

Проведемо дослідження соціальних програм з позиції програмних та політичних документів.

3.2.1 Соціальні програми та політика доказової бази

В проектах обґрунтування соціальних програм та політик, документи, як правило, посиляються на національні дані про смертність та захворюваність, іноді викладаючи це в міжнародну перспективу, наприклад [42]:

- смертність від серцево-судинних захворювань в Україні перевищує 60% порівняно з 40-50% в середньому в ЄС та США;

- середня тривалість життя в Україні на 10,39 років менша, ніж у ЄС в цілому, враховуючи тенденції з часом;

- посилення на фактори ризику: показники ожиріння щодо смертності від ССЗ.

В проектах наводять короткі аналізи проблеми, але вони здійснюються на загальному рівні – наприклад, вказуючи на відсутність цілісної реакції на це питання і, як правило, не посиляються на жодного дослідника чи інші докази.

Проведений аналіз документів Національної програми боротьби з онкологічними захворюваннями (2010-2016) [43], Національної Стратегії контролю екологічних захворювань до 2030 року [44] стверджує, що основною причиною негативних наслідків онкологічних захворювань в Україні є несвоєчасна діагностика та незадовільні екологічні умови. Подано статистичні дані про кількість людей, яка помирає протягом року після діагностування раку, але не вказано жодних посилань на дослідження чи вплив умов навколишнього середовища (чистота повітря, води) на здоров'я населення. Така ж тенденція прослідковується в ряді регіональних програм, наприклад, «Програма боротьби з екологічними захворюваннями (2017-2021)» (м. Чернігів) [45].

В ряді програмних документів згадуються міжнародні вказівки або резолюції (наприклад, ООН) як виправдання для збільшення витрат на тему. У

програмних документах не чітко видно, наскільки вони наповнені доказами чи дослідженнями [43, 44].

В деяких соціальних програмах громадського здоров'я спираються на стандарти ВООЗ для обґрунтування багатьох заходів. Наприклад, у «Регіональній програмі профілактики та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань (2018-2022 рр.)» [46] згадується про прийняття нових стандартів та гармонізацію місцевої системи регулювання охорони здоров'я та стандартів ВООЗ. На наш погляд ці цілі є декларативними і не конкретизовані відносно очікуваного результату. І хоча міжнародні організації проводять деякі дослідження в Україні, більшість їх знань та рекомендацій ґрунтуються на досвіді інших країн.

Крім цього, як показує аналіз соціальних програм в рамках НІЗ, більшість очікуваних результатів соціальних програм громадського здоров'я в Україні не підтверджуються науковими доказами чи аргументами [3, 11, 13, 43, 44].

Соціальні програми регіонального та місцевого рівнів, як правило, дублюють національні програми, незалежно від поточного стану НІЗ та факторів ризику в регіоні [43, 46].

3.2.2 Програмні цілі, результати та заходи соціальних програм

Соціальні програми громадського здоров'я базуються на важливих цілях, таких як «Глобальний План дій ВООЗ щодо профілактики та боротьби з НІЗ на 2013-2020», «Цілей Сталого розвитку» (2016-2030), наприклад: знизити на 1/3 передчасну смертність від неінфекційних захворювань за рахунок здійснення профілактики та лікування і завдяки зміцнення психічного здоров'я [1, 3, 28, 33, 47]. Це особливо стосується програм, що фінансуються міжнародними організаціями такими як, наприклад, «Швейцарське агентство з розвитку та співробітництва». Більшість глобальних цілей регіональних програм також походять з міжнародних зобов'язань України та грандів Глобального фонду, наданих Україні для розширення служб профілактики, лікування та догляду.

Короткострокові та середньострокові цілі менш чіткі. Наприклад, згідно з Постановою Кабінету Міністрів України, Національна програма з діабету на період до 2018 має на меті «... підвищення ефективності профілактики та діагностування цукрового діабету» [48] в межах 5 років, без надання конкретного обґрунтування поставлених цілей. Деякі цілі не мають вимірюваних показників або не вказують на те, яким є базовий рівень, наприклад: «забезпечити безперервність медичної допомоги в галузі репродуктивного здоров'я...» у «Репродуктивне здоров'я нації» на період 2017-2021 [49]. В інших випадках програмний документ фокусується на самому вимірюваному показнику без належного уточнення запланованої діяльності.

Конкретні завдання та заходи (разом із очікуваними результатами) містяться в окремій таблиці в документації до кожної соціальної програми національного або регіонального рівнів громадського здоров'я з назвою “завдання та заходи”. Однак, дані наведені в таблицях, залишаються загальними, що не дає можливості встановити чітку, логічну, вимірювану та обґрунтовану на фактичних даних інформацію про очікувані результати кожного виду діяльності, яка задекларована в програмі. Тому, під час побудови логічної моделі важко побачити зв'язок між діяльністю програми та передбачуваними цілями (оскільки вони описувались неякісно і з незначною деталізацією).

Одним із прикладів соціальних програм, де передбачено широкий спектр заходів, є Національна програма з діабету (2009-2013) [50], яка досягла поставлених цілей та результатів. У цій програмі існує цілісний підхід до профілактики діабету в Україні. Діяльність, описану в цій програмі, можна узагальнити як:

- вдосконалення законодавства;
- посилення освіти для спеціалістів з діабету;
- кампанії з підвищення обізнаності серед різних груп населення про ризику діабету та його лікування;
- співпраця з різними медіа каналами для комунікаційної кампанії;

– забезпечення необхідним медичним обладнанням та медичними засобами закладів охорони здоров'я.

Вивчаючи елементи програм, ми встановили, що так звана «важка» діяльність зазвичай отримує фінансування від уряду. Наприклад, придбання та перерозподіл медичного обладнання і матеріалів фінансується державою. Аналіз опитування державних службовців громадського здоров'я [21, 25, 32] показав, що багато соціальних програм розроблені саме для того, щоб отримувати державне фінансування для покращення закупівель закладами охорони здоров'я: лікарнями або їх відділеннями, що входять в програму, центрами охорони здоров'я, дослідницькими центрами, тощо.

"М'яка" діяльність – підвищення обізнаності, інформаційні кампанії, зміни до законодавства, які додаються досить номінально, щоб програма виглядала більш повною та цілісною. Однак, фінансування та здійснення таких заходів, як правило, покладається на місцеве самоврядування, яке може вільно пристосовувати діяльність національних програм до місцевих потреб. Тому «м'яка» діяльність часто зводиться до символічної, і її виконання не гарантується, враховуючи наявність коштів для фінансування.

3.2.3 Фінансування, моніторинг та оцінка соціальних програм

Як було вказано, для соціальних програм громадського здоров'я державне фінансування передбачається лише на придбання і надання виробів медичного призначення та фармацевтичних препаратів, а також для оснащення медичних інститутів, відділень лікарень тощо. А види нематеріальної діяльності, такі як освіта, законодавство, проведення досліджень в рамках програми, фінансуються з місцевих бюджетів.

Для деяких видів діяльності таких як запровадження нових медичних професій, із програмних документів не зрозуміло, які ресурси необхідні для їх фінансування.

Для кожної з розглянутих зареєстрованих соціальних програм профілактики та лікування НІЗ та факторів ризику [25, 26, 29] ми не знайшли достатньо доказів для визначення показників, які можуть бути використані для вимірювання вихідних даних та отриманих результатів. В інтерв'ю один із учасників опитування прокоментував, що визначення ключових показників є загалом слабким місцем серед розробників програм охорони здоров'я / політики в Україні:

«[Державні службовці, залучені до розробки програми], мають дуже офіційне ставлення до показників. Якщо вони присутні в програмі - добре! І якщо вони [показники] хоч якось пов'язані зі змістом передбачуваних заходів - це вже чудово» (Національна організація охорони здоров'я, виконавча влада).[57]

Ми також знайшли мало доказів механізмів моніторингу та оцінки соціальних програм громадського здоров'я, які ми розглядали.

Для прикладу, в регіональній програмі «Профілактика та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2018 – 2022 роки» (Донецька область) [46] згадано тільки декількома реченнями, що загальний моніторинг здійснює облдержадміністрація, а поточне координування – відповідний відділ департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації. Ефективність соціальної програми визначається за показниками рівня смертності населення від серцево-судинних та судинно-мозкових хвороб, інфаркту міокарда та інсульту.

По суті, процес моніторингу у більшості програм національного та регіонального рівнів зводиться до щорічної звітності, яка є подібною до аудиту і зосереджується на фінансовій звітності та звітності про діяльність, а не на зміні результатів. Механізми оцінки коротко- та середньострокових результатів, а також довгострокового впливу значною мірою відсутні, хоча щорічні огляди кожної програми, як правило, представляють деякі зведені статистичні дані щодо показників, які мають значення для стану здоров'я.

Як показав аналіз, опис та оцінка соціальних програм громадського здоров'я щодо профілактики та лікування НІЗ та боротьби з факторами ризику більше орієнтовані на діяльність, ніж на результати. Фінансування програм, реалізація та звітність зосереджуються в основному на видах діяльності, які можна легко виміряти (придбати / надати ліки, обладнання, тощо) та пов'язати з очікуваними результатами. Аналіз менш відчутних втручань (наприклад, інформаційні кампанії, освіта, зміни законодавства), як правило, фокусується на результатах (наприклад, кількості запропонованих поправок, виданих листівках, тощо), але не на результатах цієї діяльності.

Як припускає ряд експертів, існує позитивний зв'язок між точністю вимірювання очікуваних результатів та фінансуванням програми: діяльність, яка фінансується з державного бюджету, як правило, має відповідні та вимірювані показники, тоді як показники для „м'якої” діяльності часто безпосередньо не пов'язані із самою діяльністю, наприклад підвищення кваліфікації медичного персоналу в закладах охорони здоров'я вимірюється зменшенням смертності в Національній програмі з діабету (2009-2013).

Аналіз інтерв'ю [51] показує, що розуміння „ефективності” чи „успіху” практик охорони здоров'я та їх вимірювання значно відрізняється серед представників громадського здоров'я. На регіональному рівні говорять про „успішну” практику, яка, як правило, базується на власному досвіді лікарів та їхнього бачення поняття „успіх”. Тобто, в наявній системі аналізу позитивних практик не вистачає послідовності та складності.

Проведений моніторинг пацієнтів та громадськості, статистика смертності та захворюваності подані на місцевому та національному рівнях, вимагають детального, регулярного та комплексного аналізу.

Більшість підсумкових звітів при аналізі соціальних програм містять просту компіляцію регіональних річних звітів про проведену діяльність та витрачені гроші, а щорічні статистичні звіти про охорону здоров'я містять лише описову статистику щодо основних показників охорони здоров'я [42, 52].

Як проміжний висновок: нам не вдалося знайти систематизовані практичні докази, які підтверджують ефективність реалізації соціальних програм громадського здоров'я.

3.2.4 Оцінка логіки побудови соціальних програм.

До поняття «логіки» побудови соціальних програм ми підходили зі сторони «якщо... тоді...». Як приклад, ми розглянули соціальні програми національного та регіонального рівнів лікування діабету [48, 50], та представили у вигляді моделі (рис. 3.4).



Рис. 3.4. Логічний ланцюг соціальних програм лікування діабету.

Джерело: побудовано автором самостійно.

Згідно з представленою схемою можна визначити таку логіку: поліпшення людських ресурсів у закладах охорони здоров'я (зокрема, покращення забезпечення людськими ресурсами та підвищення кваліфікації, пов'язаної з профілактикою, діагностикою та лікуванням діабету) призведе до зниження захворюваності і зменшення рівня смертності. Очікується, що цей результат буде досягнутий завдяки вдосконаленню навчання і проведенню тренінгів для медичних працівників, які працюють із хворими на цукровий

діабет, та розгляду пропозицій щодо створення нових медичних спеціальностей / спеціалізованих відділень.

Однак припущення, що лежать в основі цієї логіки, не перевіряються та не підтверджуються доказами в документаціях програм. Вважається, що нестача людських ресурсів є основною перешкодою для зниження захворюваності та смертності хворих на цукровий діабет. Ця відсутність можливостей зумовлена недостатністю навчання медичних працівників. Хоча вдосконалення навчання та освіти медичних працівників може допомогти вирішити проблеми смертності, пов'язані з діабетом, але воно ще не скоро принесе свої плоди, оскільки студенти, які вивчають ендокринологію, не вийдуть на ринок праці ще 5 років, навіть припускаючи, що вони будуть працювати за цим напрямком (цільове навчання). Тому діяльність, описана в програмах, навряд чи призведе до запланованого зниження рівня смертності протягом року (декількох років), як це передбачено програмами. Як вихід, в частині соціальних програм лікування діабету передбачено перекваліфікацію працюючих медичних працівників або перепідготовку працівників первинної медичної допомоги (лікарі загальної практики – сімейної медицини; дільничних терапевтів; фельдшерів). Але, в цьому випадку, на наш погляд, необхідний певний час для набуття хороших практичних навиків.

В загальному, аналіз політичних та програмних документів соціальних програм показав, що поліпшення стану здоров'я населення спрямоване на конкретну проблему системи охорони здоров'я (наприклад, щодо неінфекційних захворювань: діабет, серцево-судинні захворювання, рак та на працездатність робочої сили). Отже, це не пов'язано з ширшою стратегією профілактики та лікування неінфекційних захворювань, (моніторинг ситуації, зміцнення здоров'я, підвищення рівня обізнаності населення, ініціативи щодо зміни поведінки, тощо).

Напрямки фінансування проектної діяльності вказують пріоритети держави в рамках програм: придбання та перерозподіл медичного обладнання та ліків серед закладів, які задіяні в цих національних програмах, тобто ті, що

фінансуються з державного бюджету. Інші заходи, особливо „м'які”, фінансуються з місцевих бюджетів (що призводить до значної мінливості на місцевому / регіональному рівні), і, як правило, недофінансовуються.

Заходи багатьох програм спрямовані на процес, а не на результат, що ускладнює оцінку їх ефективності. Наприклад, терміни, що використовуються в описах програм, включають: «вдосконалити», «розглянути», «забезпечити». У таких випадках значення та ступінь вдосконалення та ефективності не уточнюються, і "розгляд" пропозиції не обов'язково передбачає її прийняття.

Для розуміння нами процесу на рис. 3.5 представлено логічну модель національної програми профілактики та лікування серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань. З тексту програми видно, що очікувані результати не вказані (відсутність кількості результатів, частка охоплення, тощо). Результати прямо не пов'язані з конкретними видами діяльності та результатами. Докази та припущення, що лежать в основі теорії не пояснюють, що конкретна діяльність призведе до очікуваних результатів. Тому, зрозуміти логічну структуру щодо очікуваних результатів вкрай важко.

Як проміжний висновок: національні програми громадського здоров'я є основою для діяльності державних установ та неурядових організацій переважно на місцевому рівні. Вони містять перелік очікуваних результатів, але не вказують чітких механізмів та інструкцій щодо встановлення пріоритетів при реалізації програм на регіональному та особливо на місцевому рівнях.

Мета: Запобігти та зменшити частоту та тяжкість серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань					
Вхідні дані	Вихідні дані		Результати - Вплив		
	Діяльність		Короткі	Проміжні	Довгі
<p>Люди Міністерство охорони здоров'я, обласні адміністрації Державної телерадіокомпанії</p> <p>Ресурси Державний бюджет Місцевий бюджет</p> <p>Місцезнаходження 24 області України</p>	<p>Профілактика ССЗ - Інформаційна кампанія щодо профілактики ССЗ на телебаченні та радіо, у спеціалізованих журналах та в школах; - Гармонізувати розрахунок захворюваності та смертності з нормами ВООЗ; - Запровадити статистичний моніторинг людей із серцево-ускладненими захворюваннями, які потребують хірургічного втручання; - Розробити правові норми щодо акредитації; - Провести підготовку висококваліфікованих спеціалістів та розробити систему їх підготовки; - Провести підготовку висококваліфікованих спеціалістів та розробити систему їх підготовки.</p>			<p>Інформування громадськості про фактори ризику ССЗ та методів корекції істотно зростає</p>	<p>Середня тривалість життя зросла</p> <p>Смертність від інсульту зменшена на 5% - 7%</p> <p>Кількість смертей від ССЗ зменшилась на 5% - 12% (за період дії програми)</p>
	<p>Спеціалізована медична допомога - Розробити та впровадити заходи для діагностики та лікування гострого інфаркту міокарда та моніторингу людей із серцевою аритмією; - Забезпечити кардіо-центри, лікарняні відділення, лабораторії, національні наукові центри та академічні відділення належними постачальниками ліків та медичних препаратів; - Впровадити ефективні методи дистанційного контролю людей з аритмією серця.</p>				<p>Смертність під час операції з трансплантації серця зменшується до 3%; ішемічна хвороба серця знижена до 0,7%; хиткий</p>
	<p>Реабілітація та адаптація праці - Ввести стандарти та клінічні протоколи або терапевтичне лікування людей з інвазійною кардіологією та кардіохірургією. - Створити систему реабілітації дітей після корекції серцевих захворювань</p>				

Рисунок 3.5. Логічна модель національної програми «Профілактика та лікування ССЗ та цереброваскулярних захворювань».

Джерело: побудовано автором самостійно

3.3 Аналіз та оцінювання функціонування соціальних програм громадського здоров'я

Як показав аналіз, фактичне виконання соціальних програм громадського здоров'я базується на даних регіональних/місцевих програм. Національні програми громадського здоров'я служать основою для діяльності державних установ, переважно на місцевому рівні із залученням неурядових організацій. Реалізація цих програм в Україні з профілактики, лікування НІЗ та факторів ризику подається в звітах ВООЗ або організації при ВООЗ щодо нагляду за факторами ризику неінфекційних захворювань (STEPS), ряду міжнародних організацій (ЮНІСЕФ, USAID, Фонд "Відродження", Міжнародна організація праці, тощо), [21, 21, 30-37] .

Для висвітлення цього розділу був проведений аналіз оцінки проміжних етапів виконання регіональних/місцевих програм та кінцевих їх результатів в рамках національних програм НІЗ, а саме «Цукровий та нецукровий діабет на 2016 – 2020 роки»; «Профілактика та лікування онкологічних захворювань 2018 – 2022 »; «Профілактика та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2018 – 2022 роки» у всіх областях України, а також погляди представників громадського здоров'я на проблеми реалізації соціальних програм.

Оцінку функціонування регіональних/місцевих програм, що відображає тенденцію більшості звітів, представимо на прикладі регіональної програми «Профілактика та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2018 – 2022 роки» (Донецька область) за 2018 рік [53].

Виконання проводиться за наступною схемою:

1. Аналіз захворюваності та смертності.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ЛЕТАЛЬНІСТЬ



При висвітленні цього аспекту приводяться дані кількості зареєстрованих випадків в районах області щодо: гострого інфаркту міокарда; гострого порушення мозкового кровообігу; гострого коронарного синдрому, тощо. Причому в аналізі зазначається, що висвітлення даних дозволить підвищити обізнаність населення з профілактики серцево-судинних захворювань в регіоні. Також проведено аналіз результатів закупівлі ліків за державною програмою «Доступні ліки» та хід реалізації за районами регіону.

При цьому відсутні дані з опитування населення, які дозволили б оцінити ефективність надання медичних послуг. Крім цього в регіональних програмах не проводяться дослідження впливу факторів ризику на поширення захворювань (недостатність фінансування).

Така тенденція висвітлення вказаного аспекту прослідковується в переважній більшості регіональних/місцевих програм.

Проте, слід відмітити, що на державному рівні такі дослідження проводяться [28] спільно із регіональним бюро ВООЗ (STEPS).

2. Діагностика та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань.

ОСНАЩЕННЯ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

обладнання

Для закладів вторинного рівня місцевого підпорядкування за рахунок місцевих бюджетів було придбано обладнання у 2018 році на загальну суму **4 652,06 тис. грн.** та у 2019 році на загальну суму **10 787,9 тис. грн.**

наявна потреба у додатковому оснащенні та оновленні діагностичної апаратури у м. Добропілля, Мангушському, Мар'їнському, Волноваському районах.

ліки

За рахунок місцевих бюджетів отримано лікарські засоби у 2018 році на загальну суму **11 387,94 тис. грн.** у 2019 році на загальну суму **725,52 тис. грн.**

За рахунок Державного бюджету України отримано лікарських засобів відповідно до заявок 2018 року на суму **23 693,6 тис. грн. – 69,8%**

На лікування легеневої артеріальної гіпертензії у 2018 р. - на загальну суму **621,8 тис. грн.- 18,2%**

При висвітленні цього аспекту проводиться аналіз забезпечення медичним устаткуванням проведення лікувально-профілактичних заходів та статистики закупівлі ліків для їх здійснення. А також аналіз роботи амбулаторно-поліклінічних закладів, медичних центрів та відповідних кабінетів попереднього огляду і відділень профілактики. Вказується на недостатній рівень забезпечення медичного діагностичного обладнання.

3. Рівень надання медичної допомоги.



Проводиться аналіз кількості оперативних втручань, функціонування спеціалізованих стаціонарів з блоками інтенсивної терапії для застосування новітніх методів лікування гострого інфаркту міокарда та гострого порушення мозкового кровообігу.

4. Проведення навчання медичних працівників.

Вказується нестача кваліфікованих медичних фахівців, зокрема: кардіологів – 21 %, невропатологів – 27 %.

5. Результати впровадження програми.

Проводиться аналіз результатів роботи програми, а саме: зниження смертності; створення кардіологічних медичних центрів; стабілізація рівня первинної інвалідності пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями; збільшення об'єму оперативних втручань; хворих на інсульт.

Необхідно відмітити, що всі регіональні/місцеві соціальні програми щодо їх прозорості, розкриття поетапної реалізації представляються в повному об'ємі. Впроваджений на обласних рівнях офіційний механізм громадських слухань, тексти всіх програм є доступними для громадськості, щоб збирати відгуки представників громадянського суспільства. Однак, рекомендації надані громадською радою при міністерстві охорони здоров'я носять рекомендаційний характер [54]. Відповідь уряду на громадську думку та рекомендації, як свідчить опитування, є досить сумнівною.

Аналіз показав, що найбільш успішно реалізуються регіональні програми з діабету.

Вони містять чіткі цілі та настанови щодо їх досягнення на основі розроблених профілактичних та діагностичних заходів. Наприклад, звіти

регіональних програм з профілактики та лікування діабету (2016 – 2018) (Львівська область, Полтавська область) [55] окрім забезпечення медичним приладдям та обладнанням і аналізу смертності широко розкривають проведення заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я пацієнтів: проведення каскадного аналізу для визначення послідовності кроків з надання медичної допомоги при діабеті 2 типу; скринінг та діагностика (дослідження карток пацієнтів); моніторинг лікування (аналіз на глікований гемоглобін) пацієнтів; контроль захворювання (аналіз отримання пацієнтами призначеного курсу лікування); робота з молоддю та залучення різних державних та недержавних партнерів; рекомендації щодо подальших дій, спрямованих на підвищення профілактики та лікування діабету 2 типу.

Аналіз показує, що успішна реалізація соціальних програм у великій мірі залежить від залучення до роботи широкого кола неурядових установ, місцевих та національних організацій громадянського суспільства і організацій приватного сектора. Неурядові організації (НУО) відіграють значну роль у реалізації соціальних регіональних/місцевих програм громадського здоров'я, особливо у реалізації програм з діабету та онкологічних захворювань, а також ряду інфекційних захворювань (туберкульоз, ВІЛ / СНІД).

Недержавні суб'єкти беруть участь у розробці та впровадженні протоколів охорони здоров'я і нових методів дослідження та медичних стандартів а також висвітленні компоненту інформаційної кампанії програм охорони здоров'я і як пояснюється в одному з інтерв'ю,

«Неурядові організації часом роблять більше, ніж державні. Наприклад, вони розробили стандартні протоколи щодо репродуктивного здоров'я, тобто вони сформувавши фундаментальні документи для цього сектора. НУО проводять інформаційні кампанії, видають довідники, рекламні ролики, рекламні матеріали, брошури, листівки, спілкуються з цільовими групами. Таким чином, вони надають підтримку тим сферам, де держава явно неефективна» (радник міжнародної організації та представник громадянського суспільства) [57]

Багато ініціатив стосовно діабету фінансується Міжнародною діабетичною організацією (IDF). Вони проводять дослідження, фінансують медичні центри середнього рівня медичної допомоги, створені для надання спеціалізованої медичної допомоги хворим, та здійснюють технічне обслуговування центрів.

Ряд опитувань свідчать про позитивну роботу міжнародних та національних неурядових організацій у галузі охорони здоров'я.

Наприклад, у Хмельницькій області ЮНІСЕФ працює в області попередження онкологічних захворювань. Також відомо про місцеву україно-американську програму з профілактики вроджених вад, яка проводилась через Американську асоціацію «Профілактика вроджених вад».

Деякі місцеві НУО приєднуються до діяльності програм громадського здоров'я, але їх внесок не є значним. Наприклад, місцева громадська організація "Дона" опікується тими жінками, які перенесли рак молочної залози і перебувають на стадії реабілітації. Є низка організацій, що працюють з інфекційними захворюваннями (туберкульоз, ВІЛ / СНІД), але у сферах діабету та серцево-судинних захворювань НУО є менш активними.

У Житомирській області ряд регіональних груп об'єдналися для здійснення заходів у рамках програм громадського здоров'я, де основною цільовою групою є молодь. Партнерство урядових та неурядових організацій забезпечує якісніші послуги.

У Полтавській області також існує низка місцевих НУО та міжнародних організацій, які, як правило, приєднуються до програмних заходів у різних сферах.

На Черкащині «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ» активно працює над наданням різних послуг хворим на ВІЛ / СНІД. Крім того, деякі міжнародні донори, такі як Фонд Клінтона та Міжнародна організація праці, співпрацюють з місцевим Центром СНІДу для реалізації проекту з тестування 2000 місцевих службовців та студентів університету і коледжів, а також освітніх кампаній на теми ВІЛ / СНІД .

Фармацевтичні компанії також підтримують надання інформаційних матеріалів щодо профілактики та лікування захворювань. Проте, на наш погляд, їх інтереси пов'язані насамперед із стимулюванням збуту; тому знання, які вони поширюють, можуть бути досить упередженими та не завжди відповідають цілям соціальних програм громадського здоров'я.

Як показав аналіз, фінансування є одним із найважливіших факторів для успішного впровадження соціальних програм громадського здоров'я. Згідно аналізу опитування, відсутність фінансування вважають, головною перешкодою на шляху здійснення діяльності програм. Закладам охорони здоров'я завжди бракує фінансування, що вважається однією з причин їх неефективності. Окрім загального недофінансування програм державної охорони здоров'я, існує тенденція до гіршого фінансування «м'яких» видів діяльності порівняно з «жорсткими». Інформаційні та освітні кампанії, зміни законодавства, перекваліфікація фахівців, переважно, не фінансуються з державного бюджету. Прогнозується, що активізація підвищення кваліфікації фінансуватиметься з місцевих бюджетів, але це не є обов'язковим. Тому можна припустити, що «м'які» заходи, що не фінансуються централізованим шляхом (а це більшість видів діяльності соціальних програм), значною мірою залежать від наявності місцевих коштів та готовності місцевих органів влади їх реалізовувати.

До проблеми відсутності виділених бюджетних коштів на певні заходи в рамках соціальних програм громадського здоров'я, додається також проблема із затримками фінансування, які спричинені постійними змінами політики щодо тендерів та постачальників, а також складними та трудомісткими бюрократичними процедурами.

Існує взаємозв'язок між фінансуванням програмних заходів та їх виконанням: фінансована діяльність, як правило, здійснюється за призначенням, тоді як нефінансована діяльність – наприклад, зміни до законодавства, адміністративні зміни до механізмів надання послуг –

піддається більшому ризику невиконання, або вони можуть бути здійснені номінально.

Наприклад, програма з діабету передбачає «розгляд змін до законодавства». Навіть якщо така діяльність буде проведена, незрозуміло яким чином це буде реалізовано. Інший приклад: для залучення національних телевізійних та радіоканалів до розробки та трансляції щомісячних програм з профілактики та ранньої діагностики ракових захворювань – кошти не виділяються і щомісячні програми не транслюються.

Інформаційні кампанії та інші «м'які» заходи, спрямовані на зниження факторів ризику (наприклад, куріння, надмірне вживання алкоголю, неякісна дієта, малорухливий спосіб життя) на рівні населення, часто не фінансуються в рамках соціальних програм громадського здоров'я. Ці заходи часто недостатньо описані, не мають чітких вимірюваних результатів чи показників. Тому, неможливо зрозуміти, наскільки вони здійснюються і який вплив мають. Але, слід відмітити, що фінансування з місцевих бюджетів дуже різняться між регіонами (в центральних областях рівень вищий).

Аналіз в регіонах показав, що інформаційні кампанії через засоби масової інформації недостатньо організовані. Національні соціальні програми громадського здоров'я передбачають кошти на цю діяльність в малому об'ємі, а також не прогнозують очікуваних результатів. Обласні та місцеві адміністрації повинні домовлятися з телерадіокомпаніями про безкоштовні послуги, що не завжди є прийнятним для обох сторін і суттєво впливає на якість інформаційних кампаній щодо обізнаності населення. Органи місцевого самоврядування в деяких містах, наприклад, у Кривому Розі, розуміють такий стан справ і пропонують безкоштовні офіси та білборди для НУО, які надають соціальну рекламу на теми зміцнення здоров'я та профілактики захворювань. Місцеві радіо- та телеканали також безкоштовно виділяють час для проведення таких соціальних кампаній. Однак слід визнати, що подібні випадки не є поширеними серед міст України. Крім того, місцеві радіо- і телеканали не користуються популярністю серед однієї з основних цільових груп кампаній –

молоді. Таким чином, медичні фахівці підкреслюють, що інформаційні передачі слід проводити на центральних телеканалах України, що дозволить підвищити їх результативність.

Кампанії щодо роз'яснення факторів ризику неінфекційних захворювань серед дітей та молоді, в школах та університетах реалізуються з низькою ефективністю. Відсутність уваги до заходів, що проводяться в рамках громадських програм охорони здоров'я, було визначено респондентами як значний недолік програм охорони здоров'я та їх реалізації. Такі заходи проводяться лише кілька разів на рік у школах чи інших навчальних закладах і присвячуються Всесвітньому дню боротьби з курінням, Всесвітньому дню діабету, тощо.

Для успішної реалізації соціальних програм громадського здоров'я необхідний висококваліфікований медичний персонал і, не тільки за професійними скеруваннями, а й за ключовими напрямками реформ щодо профілактики захворювань. Але, як вказує медичний персонал, їхня роль не в зниженні поширення хвороби, а в діагностуванні та рекомендаціях лікування. Тому важливо розробити та провести цілеспрямовані інформаційні кампанії, спрямовані на запобігання соціально небезпечних інфекційних захворювань.

Виникає ще одне запитання – фактична роль медичного фахівця у здійсненні функцій громадського здоров'я в Україні. Розуміння місії лікарів в Україні та в рамках концепції охорони здоров'я, як показує аналіз, різне. Місцеві медичні фахівці зосереджені скоріше на лікуванні захворювань, ніж на охороні здоров'я, оскільки вони, швидше за все, не виступають з ініціативою або локалізують та здійснюють профілактичні заходи, передбачені національними соціальними програмами громадського здоров'я.

Зосередження уваги медичних фахівців виключно на лікуванні, а не на профілактиці пов'язане не тільки з індивідуальним становищем працівників сектора охорони здоров'я, але й з відсутністю кваліфікованого персоналу. Аналіз показав, що навіть якщо медичні працівники хотіли б залучатись до заходів із профілактики та зміцнення здоров'я, у багатьох з них просто немає

часу на це. Як відомо, в районних містечках та селах кількість медичного персоналу обмежена. З цим питанням пов'язана відсутність лікарів, які мають спеціальну підготовку у певних сферах. Наприклад, сімейні лікарі іноді не знайомі з особливостями хворих на неінфекційні та й інфекційні захворювання. Тому спеціалізовані установи, такі як медичні центри проводять тренінги для сімейних лікарів, що, як правило, не передбачається відповідною соціальною програмою охорони здоров'я.

Медичні спеціалізовані центри також не мають достатніх можливостей. Спочатку очікувалось, що пацієнти «груп ризику» зв'язуватимуться зі своїми сімейними лікарями з метою проходження амбулаторного лікування. Однак ця модель не працює з хворими на інфекційні захворювання, оскільки вони:

- не довіряють сімейним лікарям і бояться, що ті порушать конфіденційність;
- не довіряють професійній кваліфікації та вважають сімейних лікарів менш досвідченими. Представники «групи ризику» воліють звертатися до медичних центрів за отриманням кваліфікованого лікування. Це не передбачається планами реалізації більшості соціальних програм.

Відсутність кваліфікованого медичного персоналу підриває комунікаційні кампанії, що проводяться іншими партнерами. Наприклад, нестачу кваліфікованого персоналу було згадано як велику проблему для медичних центрів. Лікарів часто запрошують на зустрічі з цільовими групами або для радіо/телепрограм, але важко знайти фахівців, які могли б надати інформацію простим способом, доступним для людей з різними освітніми рівнями. Крім того, раніше в більшості лікарень та поліклінік працювали співробітники, які відповідали за інформаційні кампанії та обмін інформацією. Як правило, ці посади скоротились.

Наступним вирішальним фактором для успішного впровадження соціальних програм громадського здоров'я є людський фактор – відношення центральної особи, що приймає рішення за програмою. Як приклад, реалізована місцева програма «Волинська карта» (2012 – 2017), відома як дуже розвинена

регіональна кардіологічна програма в Україні. Програма охоплювала заходи «від запобігання до втручання». Впровадження місцевої програми отримало значну юридичну підтримку та фінансування керівника урядової адміністрації що демонструє важливість людського фактора: (Опитування)

«Потрібна державна підтримка. Нашу програму підтримав мер. Потім уряд змінився, і підтримка зменшилася, і стало очевидним, що ми залежали від цієї підтримки ... програма почала занепадати »(доктор медичних наук, практикуючий лікар вищої категорії, керівник регіональної програми та центру охорони здоров'я)»;

«На жаль, якщо спочатку були передбачені кошти для обстеження Маневуцького та Любомицького районів, то зараз нам довелося звести діяльність нашої програми лише до Луцька» (доктор медичних наук, лікар-практик вищої категорії, керівник обласної програми та центру охорони здоров'я)» [57].

Відсутність інтегрованого підходу та взаємодії між різними структурами громадських служб охорони здоров'я негативно впливає на реалізацію програми. Пацієнти, у яких діагностовано онкологічні захворювання, цукровий діабет, туберкульоз та інші захворювання, також отримують велику користь від послуг професійних психологів. Однак медичним установам бракує можливостей надавати такі послуги. Крім того, сімейні лікарі скаржаться на відсутність підтримки з боку пов'язаних між собою організацій, таких як санітарно-епідеміологічні служби. Раніше ці установи виконували функції контролю, що змушувало роботодавців дотримуватися норм охорони здоров'я. Вони також надавали послуги з дезінфекції підприємств та приватних домогосподарств з метою запобігання розповсюдженню соціально небезпечних захворювань. На сьогодні ці послуги вже не надаються, що, на думку сімейних лікарів, спричиняє ширше поширення захворювань та несвоєчасне лікування пацієнтів.

Необхідно також відмітити, що удосконалення існуючого законодавства, внесення змін до законів, запровадження нових професій та практик є

невід'ємною частиною успішної реалізації соціальних програм громадського здоров'я. Заслуговує на увагу резолюція Науково-практичної конференції «Громадське здоров'я: проблеми та перспективи розвитку» (ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва (НАМНУ)) [56], на якій розглянули фундаментальні дослідження у сфері громадського здоров'я (профілактики захворювань; психічного здоров'я; моніторинг та оцінки медико-екологічних ризиків; нормативно-правового та матеріального забезпечення). Основними помилками при побудові соціальних програм національного та регіонального рівнів названо:

– розробку політик/програм громадського здоров'я здійснюють не фахівці з профілактики, а медичні фахівці клінічних спеціальностей, тому реформування проводиться на рівнях: медична допомога, медичні послуги, забезпечення ліками, тощо).

– відсутність допоміжного законодавства для реалізації програм боротьби з розповсюдженням інфекційних та неінфекційних захворювань;

– чинне законодавство також не враховує форс-мажорних обставин, коли будь-яка сторона не виконує програмну діяльність. Як результат, національні програми обмежують діяльність лише місцевим медичним персоналом та адміністративним персоналом.

Висновки до третього розділу

Проведений аналіз та дослідження планування і реалізації соціальних програм громадського здоров'я (неінфекційні та частково інфекційні захворювання) національного та регіонального/місцевого рівня дозволили встановити наступне:

1. Політика національних соціальних програм громадського здоров'я повністю спрямована на створення орієнтованої на пацієнта системи надання медичної допомоги, попередження захворювань та зміцнення здоров'я населення.

2. Для соціальних програм громадського здоров'я державне фінансування передбачається лише на придбання обладнання та надання медичних послуг, та фармацевтичних препаратів, а також для оснащення медичних інститутів, відділень лікарень, тощо. Проведення досліджень в рамках програми фінансується з місцевих бюджетів.

3. Процес моніторингу у більшості програм регіонального рівня зводиться до щорічної звітності.

4. Реалізація соціальних програм залежить від залучення неурядових установ, місцевих та національних організацій громадянського суспільства та організацій приватного сектора.

Виходячи з цього зазначимо, що для подальшого успішного розвитку регіональних/місцевих соціальних програм є доцільним: запровадження інноваційних підходів до профілактично-оздоровчих заходів; впровадження методології оцінки медико-екологічних ризиків; запровадження стандартизованих уніфікованих скринінгових методів щодо виявлення контингентів ризику.

На державному рівні необхідно створити систему регулювання регіональних/місцевих соціальних програм та впровадити комплексні заходи щодо звітності, стандартизації, моніторингу.

Для того, щоб зменшити вплив неінфекційних захворювань необхідно реалізувати підходи, які б дали можливість людям самостійно обирати заходи, спрямовані на зміцнення їх здоров'я. Це також дозволить вимагати, зокрема, від органів місцевого самоврядування, прийняття відповідних рішень.

РОЗДІЛ 4

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНИХ ПРОГРАМ

4.1 Зарубіжний досвід фінансування соціальних програм на прикладі неінфекційних захворювань

Аналізуючи фінансування охорони здоров'я, ми зосереджуємось на вимірюванні потоків ресурсів у межах юрисдикції систем охорони здоров'я. Зазвичай ми нехтуємо власними думками і використовуємо фінансові стимули, щоб використати підтримку інших секторів та стимулювати їх дії для досягнення кращого управління НІЗ.

Відсутність стимулів є проблемою, через яку багато економічно ефективних стратегій боротьби з факторами ризику НІЗ та сприяння позитивним соціальним детермінантам здоров'я, принаймні частково, реалізуються в інших секторах.

Багато країн переглянули схеми стимулювання для окремих медичних служб, і тенденція полягала у відході від стандартних бюджетів та бюджетних статей у державному секторі. Розробка нових механізмів закупівель та оплати зосереджена на певному рівні догляду, а не на цілому континуумі послуг. З точки зору НІЗ, цей континуум часто відображає невідповідні стимули, які перешкоджають збільшенню вигідних закупівель. Наприклад, багато країн рухаються до континууму капітальних виплат за первинну медичну допомогу, певної форми оплати послуг за амбулаторну спеціалізовану допомогу та оплати за лікарняну допомогу на основі конкретних випадків. Цей континуум стимулів недооцінює посилення на профілактику здоров'я а підсилює орієнтацію спеціалістів та лікарень на надання допомоги, що призводить до епізодичного, а не постійного догляду.

Одним із загальноновживаних підходів є узгодження виділених коштів з бюджету на охорону здоров'я з конкретною метою здійснення міжгалузевих заходів, які допоможуть досягти загальних цілей охорони здоров'я. Як правило,

управління цими коштами здійснюється на національному рівні Міністерством охорони здоров'я, власниками місцевих бюджетів охорони здоров'я або місцевими органами влади. Фонди соціального страхування також можуть виділити певні кошти на ці види діяльності. Процес розподілу розпорядчих фондів передбачає, що фінансування повинно бути пов'язане з використанням конкретної міжгалузевої програми, або це може дозволити запровадити інновації у вирішення пріоритетного питання. Останнє може бути конкурентним процесом, коли організації з двох або більше секторів повинні розробити пропозицію щодо використання коштів для вирішення проблем, пов'язаних з НІЗ.

Інноваційна стратегія Агентства громадського здоров'я Канади може служити корисним прикладом переходу до стійкості: фінансування надається у три етапи на строк до 8 років для розширення міжгалузевих проектів.

Іншим підходом є створення незалежного органу чи відомства, який потім може визначати власні пріоритети для міжгалузевих дій. Кошти можуть бути делеговані незалежній установі з різних джерел доходів або оподаткування, а не лише з бюджету охорони здоров'я. Організація сприяння здоров'ю Швейцарії отримує фінансування за рахунок щорічної надбавки до страхових внесків і конкурентно фінансує міжгалузеві проекти, які узгоджуються з стратегічними цілями, зокрема у сферах дієти, фізичної активності та психічного здоров'я. Завдання полягає у забезпеченні відповідності пріоритетів цих організацій пріоритетам системи охорони здоров'я, включаючи НІЗ.

Стійким і успішним прикладом за межами Європейського союзу є Таїландський фонд сприяння здоров'ю, який фінансується з надбавки 2% на акцизи на алкоголь і тютюн.

Практичним способом залучення фінансування з багатьох секторів є прийняття підходу спільного бюджетування. Це також може бути використано для подолання негнучкості у фінансуванні систем охорони здоров'я.

Існує багато способів для реалізації цього підходу як на добровільній, так і на обов'язковій основі, наприклад, може бути узгодження бюджету для вирішення конкретного питання із взаємо визначеними цілями та результатами, або може бути офіційний юридичний процес для створення спільного фонду, який використовують на узгоджені проекти або надання конкретних послуг. Є приклади офіційних та неформальних ініціатив спільного бюджетування на місцевому рівні в країнах з низьким, середнім та високим рівнем доходу, орієнтованих на НІЗ та фактори ризику НІЗ.

При впровадженні ефективних механізмів надання послуг для НІЗ стратегічні механізми закупівель повинні орієнтуватися на зміцнення здоров'я, винагороджувати розширення профілю первинної медичної допомоги, стимулювати весь спектр допомоги, а не окремі хвороби, та сприяти роботі на різних рівнях догляду. Стратегії фінансування охорони здоров'я можуть сприяти покращенню результатів НІЗ шляхом виявлення та усунення відсутніх стимулів, які не відповідають цим цілям надання послуг.

4.2 Організаційні напрямки вдосконалення соціальних програм

Соціальні Програми громадського здоров'я стають успішними та виживають, якщо організації та коаліції вирішують 6 ключових сфер:

- інновація для розробки доказової бази дій;
- технічний пакет обмеженої кількості високопріоритетних, основаних на фактах, втручань, які разом матимуть позитивний вплив;
- ефективне управління діяльністю, особливо з допомогою суворого моніторингу, оцінки та вдосконалення програми в режимі реального часу;
- партнерства та коаліції з державними та приватними організаціями;
- надання точної та своєчасної інформації спільноті охорони здоров'я, особам, що приймають рішення, та громадськості з метою залучення громадянського суспільства;

- політичне зобов'язання - отримати ресурси і підтримку для ефективних дій.

Програми, які включали викорінення віспи, боротьбу з туберкульозом, боротьбу з тютюнопалінням, знищення поліомієліту та інші, досягли успіху, вирішивши саме ці 6 ключових сфер.

Багато громадських програм охорони здоров'я не мають свого потенційного впливу, проте деякі досягають значного покращення результатів. Обмежене та нестабільне фінансування, відсутність автоматичних засобів для відстеження та підвищення ефективності роботи, обмежена робоча сила та недостатня політична прихильність - все це може призвести до зриву програм охорони здоров'я. Впровадження може бути успішним і стійким, якщо організації та коаліції ефективно вирішують 6 вищевказаних ключових сфер. Цю концепцію можна проілюструвати на роботі колеса, а інновації як центральний вузол, що забезпечує його рушійну силу та підтримку інших елементів: технічного пакета, управління, партнерства та комунікації. Ці елементи, в свою чергу утримуються разом завдяки політичній прихильності, що забезпечує необхідну силу для прогресу (Рис. 4.1).



Рис. 4.1. Ключові сфери впровадження соціальних програм.

Джерело: побудовано автором самостійно.

Інновації

Інновації мають важливе значення для всіх аспектів розробки стратегії і програм охорони здоров'я та доказової бази, необхідної для встановлення та вдосконалення технічних елементів і успішного їх впровадження. Нова діагностична методика, лікування або вакцина можуть зробити можливою недосяжну раніше мету. Нові мікробні технології геномного секвенування та біоінформатики дозволяють виявити спалахи, яких ми не можемо побачити в даний час, і запобігти та зупинити розповсюдження інфекційного захворювання. Інновації не повинні обмежуватися тільки наукою чи медициною, а використовуватися в інформаційних системах, зборі даних, комунікаційних техніках та формуванні питань, які можуть збільшити політичну прихильність, і мати важливе значення для прогресу. Інновації в операціях можуть сприяти вдосконаленню програм на основі фактичного досвіду. Інновації в оцінці програм можуть надалі створювати фактичну базу для кращого виявлення якісного складу працівників. Вони можуть допомогти вдосконалити управління програмами для їх розширення і розповсюдження. Наприклад, віспа була ліквідована шляхом постійного впровадження інновацій, включаючи нові організаційні методи, нові способи виявлення випадків, нові спрямування на те, які групи вакцинувати, нові типи голок та нові способи вакцинації різних груп людей. Спілкування, включаючи використання інновацій у соціальних та інших медіа та обґрунтування конкретних дій, може зміцнити партнерські стосунки та залучити нових партнерів. Інноваційні практики не потрібно винаходити заново в кожному місці; досягнення, які ініціюються та ретельно оцінюються в інших юрисдикціях, додають до доказової бази ефективних програм охорони здоров'я, щоб їх можна було масштабувати та впроваджувати набагато ширше. Багато інновацій побудовано на основі існуючої науки і практики. Також нема потреби в тому, щоб усі нововведення надходили із сфери охорони здоров'я; багато з них

розвиваються в приватному секторі чи наукових колах і часто започатковані в інших сферах, окрім охорони здоров'я.

Технічний пакет

Найефективніші програми охорони здоров'я базуються на технічному пакеті, що формується з фактичних даних: вибраній групі відповідних спільних заходів, які дозволять досягти та підтримати суттєві, а іноді і синергетичні вдосконалення конкретного фактора ризику чи результату захворювання. Технічний пакет перевірених втручань загострює та зосереджує увагу на тих питаннях, які можуть здаватися розмитими, що дозволяє здійснити конкретні втручання, які, як відомо, є ефективними. Це дає змогу уникнути розгорнутого підходу з використанням великої кількості втручань, більшість з яких мають лише незначний вплив. Простота - це ключ до успіху. Ініціатива інтегрованого управління дитячими захворюваннями задумана як комплексний підхід, який зосереджений на поліпшенні якості клінічної допомоги хворим дітям і спрямований на зменшення смертності серед дітей молодших 5 років. Охоплення програмою у більшості країн рідко досягає достатньо високих рівнів очікуваного скорочення смертності, зокрема через складність цього підходу. Стратегія ЛБК (лікування, під безпосереднім контролем) для боротьби з туберкульозом має лише 5 компонентів: стійке політичне та фінансове зобов'язання, добра лабораторна діагностика, стандартизоване лікування, яке проходить під безпосереднім спостереженням, стабільне постачання високоякісних протитуберкульозних препаратів та суворий моніторинг, оцінка та підзвітність за результатами кожного пацієнта. За майже 2 десятиліття з часу широкого прийняття стратегії ЛБК було успішно проліковано понад 56 мільйонів людей і врятовано 22 мільйони життів. За відсутності ВІЛ ЛБК може зменшити рівень захворюваності на активний туберкульоз приблизно вдвічі. Пакет ВООЗ MPOWER для боротьби з тютюнопалінням складається з 6 ключових заходів політики: моніторинг вживання тютюну та політики запобігання його використання; захист людей від тютюнового диму; пропонування допомоги при відмові від вживання тютюну; попередження про

небезпеку тютюну; введення заборон на рекламу, промоцію та спонсорство сигарет; та підвищення цін на них.

Штат Каліфорнія та місто Нью-Йорк інвестувались в постійне впровадження технічних пакетів контролю над тютюном, які допомогли встановити стратегію MPOWER і зафіксували стійке, довгострокове зниження рівня поширеності куріння.

В Уругваї, який впровадив більшість елементів стратегії MPOWER раніше, ніж у будь-якій іншій країні, поширеність куріння всього за 3 роки впала на чверть. Це мабуть, найшвидший спад, будь-коли зафіксований.

Туреччина, перша країна, яка досягла найвищого рівня здобутків в усіх 6 заходах MPOWER. Тут спостерігалось зниження поширеності тютюнопаління на 13,4% за 3,5 роки після того, як уряд ухвалив всеосяжний закон про контроль за тютюном, який конкретно враховував вимоги Рамкової конвенції ВООЗ про боротьбу з тютюном та включав технічний пакет MPOWER. Прогресу вдалося досягти завдяки стійкій політичній підтримці складних, а часом і суперечливих рішень, а також дотриманню встановленої бази даних обмеженого набору перевірених втручань, які є доступними та масштабованими і мають найбільший вплив на здоров'я.

Технічний пакет спостереження та вакцинації поставив світ на межу знищення поліомієліту. Спостереження за гострим в'ялим паралічем у дітей шляхом забору та лабораторного дослідження зразків стільця дозволяє програмам охорони здоров'я визначити, чи діагностуються діти з симптоматичним поліомієлітом. У відповідних умовах зразки навколишнього середовища можуть допомогти виявити нерозпізнаний вірусний кровообіг, а також відстежувати стійкість та зникнення вірусів.

Національні дні імунізації, підтримані як посиленими рутинними програмами імунізації, так і додатковими кампаніями, зупинили розповсюдження поліомієліту до 2012 року у всіх, крім 3 країн (Афганістан, Нігерія та Пакистан) .

Інфекції, пов'язані із здоров'ям, спричинюють майже 100 000 смертей та обходяться приблизно 30 мільярдів доларів на рік у США. Щоб змінити це, Центри з контролю та профілактики захворювань розробили та поширили технічний пакет, що включає гігієну рук та органів дихання; використання масок, рукавичок та інших захисних засобів; дезінфекцію обладнання та поверхонь. Дотримання цих вказівок суттєво зменшило частоту деяких інфекцій. Так, інфекції крові, знизилась більш ніж на 40% та інфекції в місцях хірургічного втручання зменшились на 17% у період з 2008 по 2011 рік.

Технічний пакет дозволяє зосередитися на найбільш ефективних та стійких втручаннях, а іноді може досягти синергії між елементами втручання, а тому тиск на залучення всіх підходів може ускладнити його створення.

Ефективне управління

Для багатьох програм охорони здоров'я їх реалізація є по суті проблемою управління. Навіть, якщо існують політичні зобов'язання, ресурси та технічний пакет, ефективного управління може не бути.

Управління діяльністю в галузі охорони здоров'я є особливо складним, на відміну від приватного сектора, де такі показники, як продаж продукції, забезпечують швидкий зворотний зв'язок.

Часто не існує автоматичного, точного та доступного способу відстеження результативності програм охорони здоров'я в режимі реального часу. Крім того, вплив програм охорони здоров'я може не бути очевидним протягом місяців або навіть років, що ще більше ускладнює ефект результативності.

Ефективні програми охорони здоров'я вимагають точних, своєчасних інформаційних систем для нагляду за захворюваннями чи факторами ризику і їх реалізацією. З цієї причини кожен ефективний технічний пакет включає системи спостереження та інформації, які можна підтримувати і надавати точну, просту, своєчасну та критичну інформацію про впровадження програми та її вплив у перспективі.

Суворий моніторинг та оцінка з механізмами уникнення упередженості даних або невпевненості в ефективності програми є важливими як для прогресу, так і для забезпечення постійності. Чесна та прозора оцінка є критично важлива для постійного вдосконалення стратегії та реалізації програми. Особливо важливим для програм, які досягли певного прогресу, є уникнення самозадоволення.

Тільки керуючись достовірною інформацією, програма, яка досягла прогресу, може діяти далі. Наприклад, Нью-Йорк визначив зменшення тютюнопаління першочерговим завданням, збільшивши податок на тютюн у 2002 р. ,і зробивши практично всі робочі місця вільним від тютюнопаління ще в 2003 р. Споживання тютюну тоді швидко скоротилося, але спад тоді зупинився і як результат, у 2005 році Нью-Йорк ініціював чергове втручання в боротьбу з тютюном - жорстку антитютюнову рекламу - що призвело до відновлення спаду.

Постійний аналіз вдосконалення практично кожного аспекту програмних операцій та управління є критично важливим для інновацій та прогресу. Інформаційні технології для вдосконалення управління можуть сприяти встановленню циклів зворотного зв'язку, які дозволяють оцінювати та вдосконалювати програми в режимі реального часу, але витрати на інформаційні технології часто не враховують, а їх переваги часто завищуються.

Найімовірніше будуть корисними найпростіші системи, керовані чітким розумінням вимог та обмежень основних елементів даних. Одним із прикладів такої системи є реєстр хворих на туберкульоз, який ведеться в підрозділах охорони здоров'я майже у всіх країнах. Ці реєстри відстежують результати кожного пацієнта, який розпочав лікування, і не вимагають великих вкладень в інформаційні технології Управління людськими ресурсами в галузі охорони здоров'я.

Часто важко обрати, навчити та утримати кваліфіковану робочу силу, необхідну для реалізації ефективних програм охорони здоров'я. Бюджетний

дефіцит і зарплати, як правило, нижчі, ніж у приватному секторі, можуть деморалізувати персонал.

Ефективного управління людськими ресурсами можна досягти, принаймні частково, за допомогою заходів кар'єрного росту, які зосереджуються на організаційній місії і включають постійне навчання та освіту, чіткі шляхи просування по службі, а також фінансові та інші винагороди за видатні результати. У всьому світі ефективні програми охорони здоров'я вирішували обмеження людських ресурсів шляхом розподілу завдань.

Партнерське спілкування

Охорона здоров'я стає все складнішою, причому ключові ролі відіграють партнери з державного та приватного секторів, які мають вирішальне значення для підтримки та поліпшення стану здоров'я населення. Важливе значення для прогресу мають коаліції. Залучення багатьох організацій до співпраці може бути повільним і незручним, але часто є вирішальним для створення пропагандистської діяльності, необхідної для підтримки бюджетних, законодавчих чи регуляторних змін та реалізації нових або вдосконалених програм. Державні програми матимуть успіх і будуть підтримуватись тоді, коли неурядові організації захищатимуть їх. Партнери можуть доповнювати наявні людські або фінансові ресурси, а також підтримувати та здійснювати критичні заходи. Допомога різним групам домовитись та вжити заходів для досягнення спільного порядку денного може створити ефективні довгострокові коаліції, які виходять за рамки конкретного питання. Школи, підприємства, правоохоронні органи, транспорт, сільське господарство та багато інших секторів суспільства можуть внести значний внесок у програми та пріоритети в галузі охорони здоров'я і отримати від них велику користь. Ефективне партнерство між установами на різних рівнях управління іноді важко встановити та підтримувати. Наприклад, розподіл ресурсів та обов'язків між державними та місцевими управліннями охорони здоров'я може бути політично напруженим та складним. Дослідження стійкості громадських

коаліцій у галузі охорони здоров'я свідчать про те, що прийняття колективної відповідальності та взаємної підзвітності, формулювання спільної місії та бачення спільних цілей можуть утримувати урядових та неурядових партнерів в координації та уникати конкуренції між ними. Можуть виникати етичні проблеми щодо розвитку державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я. Розширюються партнерські відносини між урядом і харчовою промисловістю та іншими галузями, що вирішують питання охорони здоров'я; ці партнерства можуть або сприяти подальшій співпраці, або підірвати ефективні зміни, тому їх слід систематично і прозоро контролювати та оцінювати. Тютюнова промисловість намагається позиціонувати себе як законного партнера та зацікавлену сторону у контролі над тютюном, проте ситуація, що регулюється положеннями Рамкової конвенції ВООЗ щодо контролю над тютюном, забороняє участь промисловості. Приклади ефективних багатогалузевих партнерських відносин включають коаліції з імунізації на національному та державному рівнях, до яких залучаються такі партнери, як державні установи, громадські організації, корпорації, фонди, окремі меценати, пацієнти та волонтери. Ці партнерські стосунки будують всебічні, стійкі програми громади, що виступають за політику, яка призведе до імунізації людей проти хвороб, які можна запобігти вакцинацією. Такі стосунки особливо важливі для підтримки програм у складні бюджетні часи.

Ефективне спілкування може призвести до зміни поведінки, але, що більш важливо, воно може призвести до збільшення політичної прихильності та ефективності програм шляхом залучення широкого кола секторів громадянського суспільства.

З появою Інтернету, соціальних медіа та інших комунікаційних технологій багато інформації стало доступно з широкого кола джерел, ніж будь-коли, хоча деяка з них є неправдивою або потенційно шкідливою.

Нові засоби комунікації та технології полегшують інтерактивні бесіди, надаючи медичним працівникам можливість вести діалог з людьми із постраждалих громад та іншими зацікавленими сторонами. Зі збільшенням

кількості каналів та голосів комунікації в галузі охорони здоров'я можуть заглушатися, якщо їх стратегії не є своєчасними, чітко визначеними, добре виконаними та підтримуваними для досягнення конкретної мети.

Ефективне спілкування може передати важливу інформацію, переконати ключових осіб підтримати чи очолити ініціативу та, що, можливо, найголовніше, змінити контекст дій щодо охорони здоров'я.

Програма «Матері проти водіння в нетверезому стані» змінила контекст безпеки дорожнього руху, змінивши суспільне сприйняття водіння у нетверезому стані, допомагаючи людям визнати це неприйнятною загрозою для оточуючих.

Соціальні зміни та зміни в законодавстві та програмах охорони здоров'я впливають одна на одну. З часом переважаючі соціальні звичаї "Один у дорогу" та "Чи хочете ви сигарету?" змінено на "Друзі не дозволяють друзям пити та їздити" та "Чи не заперечуєте ви, якщо я курю?".

Ефективне спілкування, та бурхливі антитютюнові кампанії, можуть призвести до широкомасштабних змін у поведінці, а також допомогти змінити соціальні норми. Маючи добру інформацію, люди та громади можуть приймати відповідні рішення щодо власного здоров'я та програм охорони здоров'я. Різним аудиторіям необхідно надавати різні види даних, щоб досягти запланованого ефекту. Постачальникам медичних послуг необхідна актуальна інформація, яка може надаватися традиційними засобами, такими як публікації та керівництво медичними асоціаціями, а також електронними системами обміну повідомленнями та іншими новими каналами зв'язку, які можуть полегшити навігацію при швидко мінливих, часто клінічних випадках та надання медичної допомоги. Особам, що приймають рішення, потрібна точна, своєчасна та коротка інформація про стан здоров'я та фінансовий вплив різних варіантів політики.

Ефективна програма повинна лаконічно повідомляти про свій успіх та переваги, а також про загрози здоров'ю. Представлення наочності для

демонстрації впливу абстрактних даних може показати особам, що приймають рішення, як саме це стосується здоров'я та життя.

Бізнес-спільнота потребує інформації, яка показує конкретний випадок. Використання засобів масової інформації та висвітлення новин часто необхідні для впровадження, пояснення, забезпечення підтримки та сприяння реалізації політики та програм охорони здоров'я.

Надаючи точну, своєчасну та переконливу інформацію, яка включає дані про результати, суб'єкти охорони здоров'я можуть підвищити свою довіру до потенційних зацікавлених сторін, таких як особи, що приймають рішення, постачальники медичних послуг, громадськість та фінансування державних та приватних програм.

Спілкування також має вирішальне значення для порятунку життя під час надзвичайних ситуацій. Однозначно, спілкування з особами, що реагують першими, з громадськістю та іншими групами, повинно бути миттєвим та чітким, і воно має відбуватися в режимі реального часу під час події, що швидко розвивається. Навіть, коли надзвичайні ситуації у галузі охорони здоров'я проходять повільніше, як, наприклад, під час глобального спалаху грипу Covid-19 у 2020 р., необхідно постійно передавати нову інформацію синхронно до розгортання події, як для здійснення конкретних заходів, так і для мінімізації плутанини та недовіри.

Політична прихильність

Політична прихильність ґрунтується та підтримується описаними на сьогодні компонентами, які мають вирішальне значення для забезпечення урядом міцної основи для дій. Ефективно впроваджені політичні зобов'язання надають ресурси та підтримку, необхідні для координації і впровадження та підтримки заходів з охорони здоров'я, включаючи зміну політики, де це необхідно.

Зміни часто суперечливі, і суб'єкти, що реалізують програми охорони здоров'я - як правило, очолюються департаментами охорони здоров'я чи іншими державними установами - можуть мати менше можливостей впливати

на прийняття бюджетних та політичних рішень, ніж інші групи уряду та громадянського суспільства.

Втручання торкаються багатьох секторів суспільства, деякі з яких можуть енергійно протистояти пропозиціям щодо охорони здоров'я. Противники конкретних програм охорони здоров'я можуть бути добре профінансованими і організованими, а опозиція з боку певної групи інтересів може бути сильною, навіть коли загальна соціальна користь від програми громадського здоров'я велика.

Багато ініціатив у галузі охорони здоров'я, таких як заходи щодо зменшення вживання тютюну, значно поліпшують стан здоров'я населення, приносячи користь десяткам мільйонів людей (у цьому випадку курцям та тим, хто піддається пасивному курінню), але суперечать інтересам невеликої, але могутньої групи : у даному випадку тютюновим компаніям.

Політична прихильність може мати вирішальне значення для подолання протидії програмам охорони здоров'я з боку окремих груп інтересів, таких як тютюнова промисловість, і вона вимагає розуміння галузевих тактик, ефективного спілкування з усіма зацікавленими сторонами та залучення громадськості та громадянського суспільства.

Бенефіціари конкретних програм охорони здоров'я можуть не знати про отримані медичні та інші переваги або не знати, що конкретні програми перебувають у сфері охорони здоров'я; вони можуть лише помірковано голосувати за пропаганду програм і послуг, а в деяких випадках бути позбавлені права голосу. Розширення обізнаності громадськості про переваги програм громадського здоров'я може збільшити рівень адвокації та підвищити рівень політичної прихильності.

Охорона здоров'я населення часто недофінансується, а поточні фіскальні обмеження ще більше зменшують витрати. У США скорочення державного та місцевих бюджетів призвели до втрати понад 46 000 робочих місць у державних та місцевих органах охорони здоров'я з 2008 року.

Політична прихильність є необхідною умовою достатнього фінансування. Як стверджував Герман Біггс століття тому: «Здоров'я населення можна придбати. В межах природних обмежень громада може самостійно визначати рівень смертності ». Відомі програми громадського здоров'я, які в минулому викликали протидію, а саме - фторування води, дозвіл на вакцинацію, закони про заборону куріння на робочому місці, захист навколишнього середовища, та безпеку автотранспортних засобів. У кожному з цих випадків втручання призвело до значної чистої вигоди для здоров'я населення, що перевищила витрати на впровадження. Однак більшість людей не отримують негайних вигод, і часто невелика, але голосиста група енергійно противиться програмі.

Програми громадського здоров'я іноді не приймаються через "парадокс профілактики", згідно з яким "профілактичний захід, що приносить великі переваги громаді, мало що пропонує кожному, хто бере участь. З цієї причини лідерство, спілкування та партнерські стосунки мають важливе значення для прогресу.

Політична прихильність широких коаліцій призвела до успішного впровадження програми «Вакцини для дітей» та PEPFAR. Вакцини для дітей - програма, що фінансується федеральним бюджетом, і яка безкоштовно надає вакцини дітям, які в іншому випадку не можуть бути вакциновані через неможливість оплати, допомогла забезпечити вакцинацію мільйонам американських дітей і фактично усунула расові та етнічні відмінності в рівнях імунізації дітей.

З моменту створення в 2003 році програми PEPFAR допомогли мільйонам людей у всьому світі: рятувальне антиретровірусне лікування було надано безпосередньо понад 5 мільйонам людей, консультування та тестування на ВІЛ - понад 46 мільйонам людей, і більше 1 мільйона немовлят не заразилося.

Висновки до четвертого розділу

Ті, хто працює та підтримує охорону здоров'я, покращують здоров'я людей та громад. Найбільшою силою громадського здоров'я є його особлива спрямованість на максимізацію, щоб суспільство могло досягти своїх найзаповітніших цінностей: щоб діти народились і росли здоровими, щоб студенти були здоровими та здатними вчитися, щоб працівники були здоровими та продуктивними, батьки допомагали своїм дітям повністю розкрити свій потенціал, а літні люди могли гідно старіти. Переконливі дані та докази дій, широкі коаліції та ефективна комунікація породжують та підтримують політичну прихильність, необхідну для успішних дій у галузі охорони здоров'я.

Для вдосконалення програм державної охорони здоров'я часто важливо висвітлити неприйнятні тягарі хвороб, наслідки для здоров'я, диспропорції та загрози їх здоров'ю. Також корисно наводити приклади з реального життя людей, яким заподіяно шкоду через бездіяльність або вигоду від конкретних програм.

Ефективні коаліції при ключовій підтримці та керівництві з боку окремих осіб та неурядових груп часто є необхідними для прогресу. Ефективне та скоординоване об'єднання політичного, технічного та управлінського керівництва може збільшити ймовірність реалізації програм, що захищають та покращують здоров'я населення.

ВИСНОВКИ

Проведений аналіз та дослідження планування та реалізації соціальних програм громадського здоров'я національного та регіонального/місцевого рівня дозволили встановити наступне:

1. Соціальні програми на національному, регіональному та місцевому рівнях планують на основі досвіду інших країн, особливо тих, що йшли подібним шляхом трансформації. Проекти соціальних програм раціонально викладені в часі з передбачуванним доопрацюванням протягом кількох років.

2. Результативність цих програм залежить від ряду додаткових факторів:

- макроекономічних умов та забезпечення належних ресурсів для надання медичних послуг;

- масштабів фінансування державою соціальних програм. Велика частка фінансового навантаження лежить на самих пацієнтах, що призводить до зменшення можливості отримання відповідного лікування та знижує результативність і якість соціальних програм. Це може бути вагомим обмеженням можливості досягнення передбачуваних цілей в епідеміологічному вимірі;

- результативність соціальних програм у короткостроковій перспективі матиме обмежений ефект, і повне його здійснення може бути довготривалим процесом. Навіть у цій довгостроковій перспективі остаточний успіх можливий при повному наслідку дій, здійснених центром прийняття політичних рішень для реалізації обраних напрямків впровадження соціальних програм.

3. Політика національних соціальних програм громадського здоров'я повністю спрямована на створення орієнтованої на пацієнта системи надання медичної допомоги, попередження захворювань та зміцнення здоров'я населення.

4. Для соціальних програм громадського здоров'я державне фінансування передбачається лише на придбання та надання медичних виробів, та фармацевтичних препаратів, а також для оснащення медичних інститутів,

відділень лікарень, тощо. Проведення досліджень в рамках програми фінансується з місцевих бюджетів.

5. Процес моніторингу у більшості програм регіонального рівня зводиться до щорічної звітності.

6. Реалізація соціальних програм залежить від залучення неурядових установ, місцевих та національних організацій громадянського суспільства та організацій приватного сектора.

7. Для подальшого успішного розвитку регіональних/місцевих соціальних програм є запровадження інноваційних підходів до профілактично-оздоровчих заходів; впровадження методології оцінки медико-екологічних ризиків; запровадження стандартизованих уніфікованих скринінгових методів щодо виявлення контингентів ризику.

8. На державному рівні необхідно створити систему регулювання регіональних/місцевих соціальних програм та впровадити комплексні заходи щодо звітності, стандартизації, моніторингу.

9. Для зменшення впливу неінфекційних захворювань необхідно реалізовувати підходи, які б дали можливість людям самостійно обирати заходи, спрямовані на зміцнення їх здоров'я. Це також дозволить вимагати, зокрема, від органів місцевого самоврядування, прийняття відповідних рішень.

10. Для вдосконалення програм державної охорони здоров'я часто важливо висвітлювати неприйнятні тягарі хвороб, наслідки для здоров'я, диспропорції та загрози їх здоров'ю.

11. Ефективне та скоординоване об'єднання політичного, технічного та управлінського керівництва може збільшити ймовірність реалізації програм, що захищають та покращують здоров'я населення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. База даних ВООЗ "Здоров'я для всіх" <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-family-of-databases-hfa-db> .
2. Лехан В., Рудій В., Шевченко М., Ніцан К.Д., Річардсон Е. Україна: огляд системи охорони здоров'я. *Системи охорони здоров'я на перехідному етапі*. 2015 рік; **17** (2): 1–154. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)].
3. Міністерство охорони здоров'я України. Національна стратегія реформування охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 роки. Отримано з: http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2015/03/Strategiya_Engl_for_inet.pdf .
4. Державна служба статистики України. Витрати на охорону здоров'я. Отримано з: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
5. Степурко Т, Семігіна Т. Індекс здоров'я. Україна - 2017. Результати національного опитування домогосподарств. Київ, – 2018. Отримано з: <http://health-index.com.ua/zvit-index-2017-eng.pdf> .
6. Вайсбекер І, Хан О, Кондалова Н, Пул Л, Коен Дж. Психічне здоров'я у перехідному періоді: оцінка та керівництво для посилення інтеграції психічного здоров'я у платформи первинної медико-санітарної допомоги та послуг на базі громад в Україні. Вашингтон, округ Колумбія: Глобальна ініціатива з охорони психічного здоров'я, Група Світового банку, – 2017.
7. Здоров'я - 2020. Європейська політична база, що підтримує дії уряду та суспільства щодо здоров'я та добробуту. Копенгаген: Всесвітня організація охорони здоров'я, – 2013.
8. Короп О.А., Ленських С.В. Теоретичні основи структурно-функціональної моделі забезпечення якості променевої діагностики в умовах розвитку сучасної системи охорони здоров'я в Україні. – 2018 рік; **71** (2): 733–737.

9. Міністерство охорони здоров'я України. Національна стратегія реформування охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 роки. Отримано з: <http://halthsag.org.ua>
10. Міністерство охорони здоров'я України. Ключові кроки до трансформації української охорони здоров'я. Отримано з: <http://en.moz.gov.ua/healthcare-reform>.
11. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с. [Електронний ресурс].
12. USAID. Стратегія співпраці з питань розвитку 2019-2024 рр. Період впровадження стратегії: 9 січня 2019 року – 9 січня 2024 року. [Електронний ресурс]. Отримано з: https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1863/Ukraine_USAID_CDSCS_2019-2024_Public_Ukr.pdf.
13. До структури національної системи громадського здоров'я України І.С. Миронюк, Г.О Слабкий, В.В Шафранський - Вісник проблем біології і медицини, 2017[[Google Scholar](#)].
14. Böcking W, Ahrens U, Kirch W, Milakovic M. Перші результати впровадження ДСГ у Німеччині та огляд досвіду з інших країн ДСГ. *J Громадське здоров'я*. 2005 рік; **13** (3): 128–137. doi: 10.1007 / s10389-005-0103-4. [[Google Scholar](#)].
15. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, McKee M. Наслідки фінансової кризи для здоров'я: огляд доказів. *Ольстер Мед Дж*. 2009; **78** (3): 142–145. [[Google Scholar](#)].
16. Dubowitz T, Williams M, Steiner ED, Weden MM, Miyashiro L, Jacobson D, et al. Використання географічних інформаційних систем для узгодження місцевих потреб у галузі охорони здоров'я зі службами та програмами охорони здоров'я. *Am J Громадське здоров'я*. 2011 р .; **101** (9): 1664–5.10.2105. doi: 10.2105 / AJPH.2011.300195. [[Google Scholar](#)].

17. Paul DP, Brunoni J, Dolinger T, Walker I, Wood D. How effective is capitation at reducing health care costs? Paper presented at the 41st annual meeting of the Northeast Business & Economics Association, West Long Branch, New Jersey. 2014.
18. Schäfer WLA, Boerma GW, Spreuwenberg P, Schellevis FG, Groenewegen PP. Two decades of change in European general practice service profiles: conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012. *Scand J Prim Health Care*. 2016;**34**(1):97–110. doi: 10.3109/02813432.2015.1132887. [[Google Scholar](#)].
19. Cox T. Exposing the true risks of capitation financed healthcare. *J. Healthc. Risk Manag*. 2011; **30**(4):34–41. doi: 10.1002/jhrm.20066. [[Google Scholar](#)].
20. Бобаділла Дж. Л., Каулі П. Розробка та впровадження пакетів основних медичних послуг. *J. Int. Dev*. 1995; **7** (3): 543–554. doi:10.1002 / jid.3380070313. [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)].
21. Комісія ВООЗ з макроекономіки та охорони здоров'я та Всесвітньої організації охорони здоров'я. Макроекономіка та охорона здоров'я: інвестування у здоров'я для економічного розвитку: звіт комісії з макроекономіки та охорони здоров'я. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2001. [[Google Scholar](#)].
22. El-Jardali F, Fadlallah R, Daouk A, Rizk R, Nemadi N, El Kebbi O, Farha A, Akl EA. Бар'єри та сприяння впровадженню основного пакету переваг для здоров'я в рамках первинної медико-санітарної допомоги у країнах з низьким та середнім рівнем доходу: систематичний огляд. – 2018. 10.1002/ hpm.2625. [[PubMed](#)].
23. Романюк П, Шромек А.Р. Еволюція результатів системи охорони здоров'я в Центральній та Східній Європі та їх асоціація із соціальними, економічними та політичними факторами: аналіз 25 років перехідного періоду. *BMC Health Serv Res*. 2016 рік; **16** : 95. doi: 10.1186 / s12913-016-1344-3. [[Google Scholar](#)].

24. Конституція України, прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.
25. Муніципальна реформа в контексті євроінтеграції України [Електронний ресурс]: позиція влади, науковців, профспілок та громадськості: Тези доповідей Третьої щорічної всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 06 грудня 2019 р.). – К.: ТОВ «ВІ ЕН ЕЙ ПРЕС», 2019 - 228 с.
26. Ляшко І. Представлення реформи системи громадського здоров'я [Електронний ресурс], 2018. Режим доступу: http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2018/03/5_Liashko_Public_health.pdf.
27. WHO STEPS surveillance manual. Geneva: World Health Organization; 2017. <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/manual/en>.
28. STEPS: prevalence of noncommunicable disease risk factors in Ukraine 2019. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
29. ХТО. Профіль країни, що стосується НІЗ ВООЗ: Україна. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2018. https://www.who.int/nmh/countries/2018/ukr_en.pdf?ua=1 Доступ 10 вересня 2020 р.
30. ХТО. Ризик передчасної смерті від чотирьох цільових НІЗ. Глобальне сховище даних обсерваторії охорони здоров'я. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2018. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A857?lang=en>. Доступ 10 вересня 2020 р.
31. ХТО. Глобальний звіт про стан алкоголю та здоров'я. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>. Доступ 12 вересня 2020 р.

- 32.ХТО. Глобальне опитування тютюнових виробів серед дорослих, Україна 2017. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/347632/UKR_GATS_2017_ES_17Aug2017_Final.pdf?ua=1. Доступ 12 вересня 2020 р.
- 33.ХТО. Глобальне опитування тютюнових виробів серед дорослих, Україна 2017. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/347632/UKR_GATS_2017_ES_17Aug2017_Final.pdf?ua=1. Доступ 15 вересня 2020 р.
- 34.WHO. Tackling NCDs. “Best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2017.
- 35.ХТО. Інструменти реалізації. Пакет основних неінфекційних захворювань (PEN) для первинної медико-санітарної допомоги в умовах мало ресурсів. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2013.
- 36.ХТО. Україна: огляд реформ фінансування охорони здоров'я 2016–2019 рр. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2019. <http://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/publications/ukraine-review-of-health-financing-reforms-20162019-2019>. Доступ 15 вересня 2020 р.
- 37.ХТО. Оцінка програми доступних ліків в Україні (2019). <http://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/publications/evaluation-of-the-affordable-medicines-programme-in-ukraine-2019> Доступ 18 вересня 2020 року.
- 38.Оцінка медичної сфери в Україні (21-29 травня 2019 року): [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://ratinggroup.ua/research/ukraine/ocenka_medicinskoy_sfery_v_ukraine_21-29_maya_2019_goda.html.
- 39.Сайт Українського кризового медіа-центру: Індекс здоров'я – 19. Результати національного опитування. Київ, – 2019. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://uacrisis.org/en/50463-indeks-zdorovya>.
- 40.Дяченко М. Д., Закусилова Т. О. Проблема професійної підготовки майбутніх фахівців із громадського здоров'я: зарубіжний досвід та

- вітчизняні перспективи. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-37-2.1.14>.
41. Веб-сайт МОЗ України [Електронний ресурс]. Доступ через Інтернет за адресою <http://moz.gov.ua/article/news> [8 вересня 2020 року].
42. Tackling noncommunicable diseases in Ukraine: WHO country office in Ukraine (World Health Organization 2018). [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/385078/ukr-leaflet-hr-eng.pdf.
43. Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року (Верховна рада України). [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1794-17#Text>.
44. НАЦІОНАЛЬНА СТРАТЕГІЯ контролю онкологічних захворювань до 2030 року (Кабінет Міністрів України). [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor.pdf>.
45. Обласна Програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період 2017-2021 роки (Чернігівська область). [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://cg.gov.ua/web_docs/1/2017/02/docs/.pdf.
46. Проект Регіональної програми «Профілактика та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2018 – 2022 роки» (Донецька область). [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://doz.donoda.gov.ua/proekt-regionalnoyi-programi-profilaktika-ta-likuvannya-sertsevo-sudinnih-ta-sudinno-mozkovih-zahvoryuvan-na-2018-2022-roki/>.
47. Цілі сталого розвитку: Україна. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://un.org.ua/images/SDGs_NationalReportUA_Web_1.pdf.
48. Національна програма з діабету до 2018. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/268315>.

49. Концепція Загальнодержавної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період 2017-2021 рр. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.reprohealth.info/files/Concept-Event_2017-2021_ispr.pdf.
50. КОНЦЕПЦІЯ Державної цільової програми “Цукровий діабет” на 2009—2013 роки. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/npas/185192435>.
51. Шлях до результатів: планування та проведення ефективних оцінювань розвитку. – Морра Імас Л.Дж., Піст Р.К. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2015. – 580 с. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/SHlyah-do-rezultativ_2015_Print.pdf.
52. Про хід виконання у 2019 році регіональної програми «Профілактика та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2018 – 2022 роки». [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://doz.donoda.gov.ua/pro-hid-vykonannya-u-2019-rotsi-regionalnoyi-programy-profilaktyka-ta-likuvannya-sertsevo-sudynnyh-ta-sudynno-mozkovykh-zahvoryuvan-na-2018-2022-roky/>.
53. Про хід виконання у 2019 році регіональної програми «Профілактика та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2018 – 2022 роки» (Донецька область).
54. Квартальний звіт аналітико-експертного центру досліджень у сфері громадського здоров'я при ВГО «Фундація медичного права та біоетики України». Л – 2018. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://medicallaw.org.ua/fileadmin/user_upload/pdf/Zvit_II_kvartal.pdf.
55. МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ДІАБЕТИ 2 ТИПУ В УКРАЇНІ: ТОЧКИ РОЗРИВУ ТА ПОДФЛЫШІ ДІЇ. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/31157/133695-UKR.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
56. Резолюція Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я: проблеми та перспективи розвитку» від 29

- листопада 2018 р. ДУ "ІНСТИТУТ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ІМ. О.М. МАРЗЄЄВА НАМНУ". Ресурс з Інтернету: <http://www.health.gov.ua/www.nsf/all/u05-04-02?opendocument>.
57. Erica Gadsby, Stephen Peckham, Anna Kvit, Kateryna Ruskykh. Public health programmes and policies in Ukraine: development, design and implementation./ University of Kent. – 2017.
58. Д. В. Вакуленко, Н.Я. Климук, Н. О.Кравець, О.М. Кучвара, О.П.Сидоров/ Біосенсори для моніторингу навколишнього середовища// Матеріали першого міжнародного Україно-Німецького симпозіуму громадського здоров'я «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики сьогодення і перспективи розвитку», Тернопіль, 25-26 вересня 2019 року. – С. 3.
59. Кравець Н.О./Формування інноваційної основи системи соціальних програм у громадському здоров'ї. // Матеріали другого міжнародного україно-німецького симпозіум «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі - виклики в умовах реформування і перспективи розвитку», 22-24 вересня 2020 р. Тернопіль, 2020.-С. 114-118
60. Кравець Н.О. /Контроль атмосферного повітря як необхідна складова соціальних програм громадського здоров'я// Матеріали XXI Всеукраїнської науково-практичної конференції «Довкілля і здоров'я», 22-24 квітня 2021 р. Тернопіль 2021.
61. Запорожан Л.П., Кравець Н.О. /Стратегія планування соціальних програм у громадському здоров'ї. // Л.П. Запорожан , Н.О.Кравець / Вісник соціальної гігієни-2021.-№1. С.

