

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЗАПОРІЗЬКА ПОЛІТЕХНІКА»

Економіко-гуманітарний інститут
Факультет економіки та управління

(повне найменування інституту, назва факультету)
Кафедра менеджменту та адміністрування

(повна назва кафедри)

Пояснювальна записка
до дипломного проекту (роботи)

магістр
(ступінь вищої освіти (освітній ступінь))

на тему «Теоретичні і прикладні аспекти публічного управління суспільним
здоров'ям у Запорізькій області»

Виконав: студент V курсу, гр. ФЕУз-310м
спеціальності (напряму підготовки) 281

Публічне управління та адміністрування
(код і назва напряму підготовки, спеціальності)

галузі знань 28 Публічне управління та
адміністрування

Попович Артем Олександрович
(прізвище та ініціали)

Керівник Гудзь Петро Васильович
(прізвище та ініціали)

Рецензент – Соколова Ю.А.
(прізвище та ініціали)

м.Запоріжжя, 2021 рік

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»
 (повне найменування вищого навчального закладу)

Інститут, факультет _____ економіки та управління _____
 Кафедра _____ менеджменту _____
 Рівень вищої освіти (освітньо-кваліфікаційний рівень) _____ магістр
 Спеціальність _____ 281 Публічне управління та адміністрування _____
 (код і назва)
 Напрямок підготовки _____ 28 Публічне управління та адміністрування _____
 (код і назва)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри Пуліна Т.В. _____

“ _____ ” _____ 2021 року

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЕКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТУ

_____ Попович Артем Олександрович _____
 (прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проекту (роботи) _____ Теоретичні і прикладні аспекти публічного управління суспільним здоров'ям у Запорізькій області _____

Керівник роботи _____ Гудзь Петро Васильович, д.екон.н., професор,
 затверджено наказом вищого навчального закладу від “_01”10_2019 р.

№ _____

2. Строк подання студентом роботи _____ 30 листопада 2021р. _____

3. Вихідні дані до проекту (роботи) – аналіз законодавчої основи функціонування суспільного здоров'я; опрацювання теоретичних поглядів і категорій; статистична та фактологічна інформація: діагностика стану розвитку публічного управління суспільного здоров'я у Запорізької області, аналіз стану розвитку суспільного здоров'я у європейських країнах

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) – визначити теоретичні основи публічного управління суспільного здоров'я; здійснити діагностику стану розвитку публічного управління суспільного здоров'я у Запорізької області; обґрунтувати концепцію та модель функціонування публічного управління суспільного здоров'я в області з метою підвищення якості суспільного здоров'я.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) – робота має містити 15-20 таблиць, не менше 10-15 рисунків, бажано 10-15 формул для розрахунків, не менше 50-60 джерел посилань.

6. Консультанти розділів проекту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
1	Д.е.н., професор Гудзь П.В..		
2	Д.е.н., професор Гудзь П.В..		
3	Д.е.н., професор Гудзь П.В..		
4	Ст. викладач Журавель С.М.		
Нормо-контроль	к.е.н., доц. Панкова А.Ю..		

7. Дата видачі завдання _____10.09. 2021 р. _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів проекту (роботи)	Примітка
1	Узгодження теми, складання змісту	03.09.21-05.09.21	
2	Вивчення літературних джерел	06.09.21-24.09.21	
3	Збір матеріалу на дипломну роботу	11.09.21-20.10.21	
4	Групування та аналіз зібраного матеріалу	02.10.21-31.10.21	
5	Виконання першого розділу	11.09.21-25.09.21	
6	Виконання другого розділу	26.09.21-21.10.21	
7	Виконання третього розділу	22.10.21-31.11.21	
8	Виконання четвертого розділу	01.11.21-05.11.21	
9	Формування висновків та рекомендацій	06.11.21-08.11.21	
10	Оформлення дипломної роботи	09.11.21-15.11.21	
11	Перевірка роботи керівником	16.11.21-19.11.21	
12	Одержання відгуку та рецензії	20.11.21	
13	Попередній захист дипломної роботи	22.11.21-23.11.21	
14	Подання роботи на кафедру	30.11.21	
15	Захист дипломної роботи	17.12.21-22.12.21	

Студент _____ Попович А.О. _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

Керівник роботи _____ Гудзь П.В. _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

РЕФЕРАТ

Магістерська робота: «Теоретичні і прикладні аспекти публічного управління суспільним здоров'ям у Запорізькій області»; 129 с., рисунків 19, таблиць 18, список джерел – 61 найменувань.

Актуальність теми зумовлена зростанням ролі громадського здоров'я у системі публічного управління та необхідністю забезпечення здоров'я населення в умовах реформування системи охорони здоров'я, воєнних ризиків, демографічних, соціально-економічних та екологічних викликів. Для Запорізької області особливого значення набуває удосконалення регіональних механізмів управління, профілактики захворювань, моніторингу стану здоров'я та координації діяльності відповідних суб'єктів.

Об'єкт дослідження – процес публічного управління громадським здоров'ям на регіональному рівні. **Предмет дослідження** – теоретичні, методичні та прикладні аспекти публічного управління громадським здоров'ям у Запорізькій області. **Мета роботи** – теоретичне та прикладне обґрунтування напрямів удосконалення публічного управління громадським здоров'ям у регіоні.

Результати та їх новизна. Узагальнено теоретичні підходи до визначення громадського здоров'я як комплексного об'єкта публічного управління; систематизовано складові механізму управління громадським здоров'ям та методичні підходи до його оцінювання. Визначено основні фактори впливу на стан здоров'я населення Запорізької області. Обґрунтовано напрями удосконалення регіонального управління та запропоновано модель функціонування системи громадського здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає у можливості їх використання органами публічної влади та іншими суб'єктами регіональної системи громадського здоров'я під час розроблення, реалізації та моніторингу відповідних програм і управлінських рішень. Основні рекомендації. За результатами дослідження запропоновано напрями удосконалення публічного управління громадським здоров'ям у Запорізькій області, що передбачають посилення координації між суб'єктами регіональної системи громадського здоров'я, удосконалення інформаційно-аналітичного забезпечення управлінських рішень, розвиток профілактичної спрямованості регіональної політики у сфері здоров'я населення, удосконалення програмного планування та моніторингу результативності відповідних заходів.

Методи дослідження: аналіз і синтез, системний підхід, порівняння, статистичний, графічний і табличний методи, узагальнення, систематизація та моделювання.

Ключові слова: ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я, РЕГІОНАЛЬНЕ УПРАВЛІННЯ, ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСТЬ, МЕХАНІЗМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ, ПРОФІЛАКТИКА, ОЦІНЮВАННЯ, РЕГІОНАЛЬНІ ПРОГРАМИ.

ABSTRACT

Master's thesis: "Theoretical and Applied Aspects of Public Administration of Public Health in Zaporizhzhia Region"; 129 pages, _19__ figures, _18__ tables, _61__ references.

Relevance of the topic is determined by the growing role of public health in the public administration system and the need to protect population health amid healthcare system reform, military risks, demographic, socio-economic and environmental challenges. For Zaporizhzhia Region, particular importance is attached to improving regional governance mechanisms, disease prevention, health monitoring, and coordination of relevant stakeholders.

The object of the research is the process of public administration of public health at the regional level. The subject of the research comprises theoretical, methodological and applied aspects of public administration of public health in Zaporizhzhia Region. The purpose of the study is to provide theoretical and applied justification for directions to improve public administration of public health at the regional level.

Results and novelty. Theoretical approaches to defining public health as a complex object of public administration are generalized; the components of the public health governance mechanism and methodological approaches to its assessment are systematized. The main factors affecting the health status of the population of Zaporizhzhia Region are identified. Directions for improving regional governance are substantiated, and a model for the functioning of the public health system is proposed.

Practical significance of the results obtained lies in the possibility of their use by public authorities and other stakeholders of the regional public health system in the development, implementation and monitoring of relevant programs and management decisions. Based on the research findings, directions for improving public administration of public health in Zaporizhzhia Region are proposed. They include strengthening coordination among stakeholders of the regional public health system, improving information and analytical support for management decisions, enhancing the preventive orientation of regional health policy, improving program planning, and monitoring the effectiveness of relevant measures.

Research methods: analysis and synthesis, systems approach, comparison, statistical, graphical and tabular methods, generalization, systematization and modeling.

Keywords: PUBLIC ADMINISTRATION, PUBLIC HEALTH, REGIONAL GOVERNANCE, ZAPORIZHZHIA REGION, PUBLIC ADMINISTRATION MECHANISMS, PREVENTION, ASSESSMENT, REGIONAL PROGRAMS.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ I Теоретичні основи публічного управління суспільного здоров'я.....	13
1.1 Поняття, суть, структура суспільного здоров'я.....	13
1.2 Основні складові механізму публічного управління суспільного здоров'я.....	25
1.3 Методика оцінювання суспільного здоров'я в регіоні	36
РОЗДІЛ II Діагностика стану розвитку публічного управління суспільного здоров'я у Запорізької області.....	47
2.1 Фактори впливу на стан суспільного здоров'я в області.....	47
2.2 Організаційно управлінська характеристика публічного управління в регіоні.....	56
2.3 Оцінка публічного здоров'я мешканців Запорізької області.....	65
РОЗДІЛ III Удосконалення впливу публічного управління на підвищенню якості суспільного здоров'я на регіональному рівні.....	77
3.1 Обґрунтування концепцій публічного управління суспільного здоров'я в області.....	77
3.2 Розробка моделі функціонування суспільного здоров'я мешканців регіону.....	92
3.3 Адміністрування розробки програм удосконалення суспільного здоров'я у регіоні.....	107
ВИСНОВКИ.....	121
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	123

Актуальність теми. У сучасній Україні громадське здоров'я займає провідне місце у системі МОЗ України. Воно має дуже складну історію встановлення у світі так у сучасній Україні. Планування відкриття центрів Громадського здоров'я почалась у 2015 році, проте перший центр відкрили у Києві, зараз їх 22. Вони працюють над покращенням громадського здоров'я. Мають державну підтримку та базуються на засадах реформування системи медичного управління в Україні.

У Запоріжжі існує Державна установа "Запорізький обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України", який боронить громадське здоров'я у Запорізькій області та відповідає за вакцинацію від КОВІД -19.

За поданням Департаменту охорони здоров'я Запорізької облдержадміністрації державна установа «Запорізький обласний лабораторний центр МОЗ України» наприкінці 2018 року взяла участь у конкурсі щодо реалізації проекту «Розвиток регіональної системи громадського здоров'я», стала одним із переможців та з березня поточного року реалізує проект «Розвиток регіональної системи громадського здоров'я в Запорізькій області».

Фінансову підтримку проекту надає Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією через державну установу «Центр громадського здоров'я МОЗ України». У рамках реалізації вищезазначеного проекту вже розроблені проекти документів регіонального значення щодо розвитку системи громадського здоров'я в області.

З моменту початку реалізації проекту працівники державної установи «Запорізький обласний лабораторний центр МОЗ України» займаються питаннями профілактики не тільки інфекційних захворювань, а й безпекою дорожнього руху, підтримкою грудного вигодовування, правильного використання антибіотиків, боротьбою з тютюнопалінням, здоровим харчуванням, профілактикою серцево-судинних та інших неінфекційних захворювань.

Державна політика у сфері громадського здоров'я має визначальний вплив як на практику публічного управління, так і на розвиток науки публічного управління, оскільки результат реалізації цієї політики полягає у підвищенні найвищої цінності здоров'я громадян.

Підготовка досліджень у сфері громадського здоров'я, а також комплекс сучасних проблем, пов'язаних із тлумаченням, практичним використанням, теоретичним підґрунтям та реалізацією є предметом досліджень багатьох вчених і українських й по програмах USAID разом з американськими фахівцями.

Все більше уваги приділяється проблемам громадської охорони здоров'я та більш широким детермінантам здоров'я. Є одна дуже важлива причина для цього розвиток: сильна діяльність в галузі суспільної охорони здоров'я в державах - членах, багато з яких абсолютно різних охорони здоров'я систем, вже приносить результати, що показують що основний приріст здоров'я населення дійсно може бути досягнуто шляхом нові підходи до зміцнення здоров'я та профілактика захворювань і більше ефективне управління медичної допомоги.

Однак, незважаючи на інтерес до громадської охорони здоров'я з боку директивних органів, функція профілактики як і раніше не забезпечена достатніми ресурсами на рівні своєї інфраструктури, щоб мати можливість виконувати важливу роль. Існують зовнішні сили (фінансові установи, торгові угоди і т. д.), стимулюючі зміни, які можуть викликати тиск на реформування, яке відбувається у галузі охорони здоров'я.

Проблемам реформування медичної реформи в галузі управління та адміністрування громадського здоров'я присвятили свої праці: Гіпократ започаткував медицину й він же почав дослідження зв'язків хвороби з навколишнім середовищем, що зараз є основою науки про громадське здоров'я. Джон Граунт опублікував перший статистичний бюлетень, який став основою медичної статистики, яка досліджує громадське здоров'я. Босман Арнольд дав перше й повне визначення суспільного здоров'я. В. Ліщук, І.

Брехман, В. Казначеев – досліджували поняття власного здоров'я та наголошували, що суспільне здоров'я починається з індивідуального здоров'я кожного громадянина.

Однак, незважаючи на значний інтерес науковців до проблем підготовки медичного адміністрування громадського здоров'я, підвищення рівня здоров'я, якості життя, державної політики в органах державного управління та удосконалення системи охорони здоров'я, дослідження українських вчених не є повними й мають багато недоліків, зокрема це можна побачити на ситуації з КОВІД – 19, так як молодь не хоче вакцинуватись, тому що немає повної характеристики вакцин, також немає роз'яснень, які вакцини кому можна робити й як перевіряти на алергічні реакції, якщо існують протипоказання до хімічних препаратів.

Тому публічне управління у центрах здоров'я, ще розвивається у Запорізькій області й має стратегічні програми. Ч. Вінслов наголошував на термін для громадського здоров'я, як мистецтві та науки та вважав, що суспільне здоров'я це частини поняття громадського здоров'я, проте ВООЗ користується більш визначення Дж. Ештана й його дослідженнями у сфері громадського здоров'я. Т. Майєр досліджував визначив формулу громадського здоров'я. Б. Тобес та І. Рожкова прирівнює два поняття суспільного та громадського здоров'я. А Д.Ругер вважає, що громадське здоров'я - це комплекс права. В.І. Аكوпова та Є.М. Маслова характеризують поняття демографічними показниками. Л. Гостін розглядає поняття, як вчення з боку медичного адміністрування. Десмонд Кілінг ввів поняття публічне управління. Меєр і Хілл розглядають публічне управління, як політику у сфері громадського здоров'я. Публічним управлінням займались такі вчені: М. Буровий, Ю. Хебермас, А. Турен, Т.Кулагіна, В.І.Кліменко, В. Бережнов, В.В. Кондратьєв, В. Шегорцов, В. Таран, Т. Трипільський тощо.

Суспільне здоров'я – це дуже важлива ланка у публічному управлінні, проте зараз відбувається реформування медичної галузі й нажаль немає єдиного визначення, багато методів, які були відкриті раніше перестають

бути дійсними. Актуальність дослідження суспільного здоров'я набуває особливої трансформаційної значимості та може повпливати на реформування у цілому, так як механізми публічного управління для нашої країни поки ще недостатньо вивчені та їх потрібно досліджувати та змінювати.

Метою даної роботи є теоретичне й прикладне обґрунтування впливу публічного управління на підвищенню якості суспільного здоров'я у регіоні.

Завдання роботи:

- 1) розглянути теоретичні основи публічного управління суспільного здоров'я;
- 2) розглянути фактори впливу на етап суспільного здоров'я в області;
- 3) охарактеризувати організаційно управлінську характеристику публічного управління в регіоні;
- 4) Оцінити публічне здоров'я мешканців запорізької області;
- 5) удосконалити вплив публічного управління на підвищенню якості суспільного здоров'я на регіональному рівні
- 6) Обґрунтувати концепцію публічного управління суспільного здоров'я в області
- 7) Розробити модель функціонування суспільного здоров'я мешканців регіону;
- 8) Описати адміністрування розробки програм удосконалення суспільного здоров'я у регіоні.

Об'єкт – процес публічного управління суспільним здоров'ям.

Предмет - теоретичні, методичні й прикладні аспекти впливу публічного управління на підвищення якості суспільного здоров'я мешканців Запорізького регіону.

Практична значимість цього дослідження пов'язана з впровадженням отриманих результатів у Запорізькій області з метою підвищення ефективності публічного адміністрування у сфері громадського здоров'я.

Методи дослідження: При написанні даної роботи було використано графічний метод (для наочного представлення результатів дослідження),

табличний, метод узагальнення та систематизація, метод порівняння (для співставлення результатів дослідження), а також інші методи загальнонаукового характеру. Аналітичний та графічний метод для пунктів 1.1 та 1.2, та 1.3. 2.1.,2.2. Графічний та табличний, порівняння методи для пунктів 2.3., 3.1, 3.2, 3.3.

Інструментарій дослідження: створення моделі за рахунок досліджень використаних у роботі.

Інформаційна база дослідження: законодавчі та нормативно-правові акти України, статистичні дані з медицини та Держстату, матеріали досліджень вітчизняних і зарубіжних вчених, опубліковані у періодичних виданнях та розміщені у мережі Інтернет:

- МОЗ України наказ від 18.09.2015 №605(зі змінами у 07.09.2018року) про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України;
- Кабінет Міністрів України розпорядження про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я від 30.11.2016 №1002 – р.
- Закон України від 06.04.2000 № 1645-III «Про захист населення від інфекційних хвороб»
- Закон України від 24.02.1994 № 4004-XII «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»
- Наказ МОЗ від 31.12.2009 № 1086 «Про затвердження форми первинної облікової документації N 063-2/о „Інформована згода та оцінка стану здоров'я особи або дитини одним з батьків або іншим законним представником дитини на проведення щеплення або туберкулінодіагностики“ та Інструкції щодо її заповнення».

Нажаль програм по удосконаленню роботи Громадського здоров'я прийнятих немає. Це є проблемою, яка говорить проте, що у сфері громадського здоров'я дуже багато пробілів у законодавчому рівні.

Основні рекомендації: обґрунтування функціонування медичної лабораторії на базі існуючої у пологовому будинку для наукових досліджень

проблем народжуваності та питань ефективного адміністрування суспільним здоров'ям.

Перелік сформованих компетентцій: здатність розв'язувати комплексні проблеми у сфері громадського здоров'я у дослідницько – інноваційній діяльності, що передбачає глибоке переосмислення наявних та створенні нових цілісних знань у сфері громадського здоров'я.

Апробація результатів: стаття «Публічне управління суспільним здоров'ям», яка була написана та випробовування результатів магістерської роботи у місцевих органах влади у сфері громадського здоров'я.

Структура магістерської роботи: складається з трьох розділів та 9 підрозділів, 18 таблиць, 19 рисунків, 61 джерело літератури.

РОЗДІЛ I Теоретичні основи публічного управління суспільного здоров'я

1.1 Поняття, суть, структура суспільного здоров'я

У системі публічного управління суспільне здоров'я завжди виступало одним із провідних об'єктів адміністрування, оскільки здоров'я громадян-основне багатство країни. Це було відомо ще за давніх часів. Так, більшість древніх народів світу практикували чистоту і особисту гігієну, це було частиною релігії, в тому числі, з бажання бути чистими в очах своїх богів. У Біблії, наприклад, є багато закликів та заперетів щодо гігієни та негігієни. Релігія, право і звичай були частиною життя. Протягом тисячоліть суспільства розглядали поняття епідемії, як на божественний суд над хіттю людства.

Однак ідея про те, що чума викликана природними причинами, такими як клімат і фізична середовище, поступово розвивалася. Цей значний прогрес у мисленні виник у Греції в V-м і IV-му століттях до н. е. і представляв собою першу спробу створення раціональної наукової теорії причинно-наслідкової зв'язку захворювань. Наприклад, зв'язок між малярією та болотами була встановлена дуже рано (503-403 до н. е.), хоча причини цієї асоціації були неясними. У книзі «Воздух, вода і места», яка, як вважають, була написана грецьким лікарем Гіппократом в V-м чи IV-му століттях до н. е., була започаткована перша систематична спроба встановити причинно-наслідковий зв'язок між хворобами людини та навколишнім середовищем[12 с.69].

Медичне адміністрування на етапі зародження майже не було. Проте дослідження, які були зроблені стали основою документів, які з'явилися пізніше. Зародження досліджень у сфері громадського здоров'я у світі почалось з V-м чи IV-му століттях до н. е.

З точки зору хвороб, середньовіччя можна розглядати, як початок - з чуми 542 року і закінченням - чорною смертю (бубонною чумою) у 1348 році. Хвороби в епідемічних масштабах включали проказу, бубонну чуму, віспу, туберкульоз, коросту, бешиху, сибірську виразку, трахому, пітливість і

проказу. Ця хвороба стала серйозною проблемою в Середні століття і особливо в XIII і XIV століттях. Чорна смерть, спалах чуми, досягла середземноморських портів Південної Європи в 1347 році і за три роки охопила всю Європу.

Основним методом боротьби з чумою було ізолювання відомих або передбачуваних випадків захворювання, а також осіб, які контактували з ними. Період ізоляції спочатку становив близько 14 днів і поступово був збільшений до 40 днів. Схвильовані чорною смертю, державні чиновники створили систему санітарного контролю для боротьби з інфекційними захворюваннями, використовуючи станції спостереження, ізолятори та процедури дезінфекції.

У цей час ведеться медичне адміністрування в якості приказів від правителів країн: оголошень карантинів, ізоляторів тощо[15, с.123].

Основні зусилля щодо поліпшення санітарних умов включало розвиток систем водопостачання, видалення сміття та стічних вод.

У Середньовіччі було зроблено ряд перших кроків у галузі суспільної охорони здоров'я: спроби впоратися з антисанітарними умовами міст і за допомогою карантиннообмежити поширення хвороб; створення лікарень; надання медичної допомоги та соціальної допомоги.

Ренесанс почався з технічного прогресу завершилися в XVI і XVII століттях рядом наукових досягнень. Освічені лідери того часу визнавали, що політична та економічна міць держави вимагає, щоб населення підтримувало хороше здоров'я.

Однак національної політики в галузі охорони здоров'я не було, оскільки уряду не вистачало знань і адміністративного механізму для проведення такої політики. В результаті проблеми громадської охорони здоров'я як і раніше вирішувалися на рівні місцевих громад, як це було в середні століття[20, с.53].

Наукові досягнення XVI і XVII століть заклали основи анатомії і фізіології. Спостереження і класифікація уможливили більш точне розпізнавання захворювань. Ідея про те, що мікроскопічні організми можуть

викликати інфекційні захворювання, почала набувати форму. Одним з перших піонерів в галузі охорони здоров'я в галузі охорони здоров'я був англійський статистик Джон Граунт, який в 1662 році опублікував статистичну книгу, складену парафіяльними та муніципальними радами, в якій наводилися цифри смертності і іноді пропонувалися їх причини. Неминуче цифри були неточними, але початок було покладено в епідеміології[25, с.35].

Дослідження епідеміології - це частина завдань громадських центрів здоров'я, які повинні робити дослідження ситуацій у регіоні й на державному рівні вирішувати проблеми захворюваності у суспільстві.

Рухи дев'ятнадцятого Століття щодо поліпшення санітарних умов відбувалися одночасно в декількох європейських країнах і були засновані на фундаменті, закладеному в період між 1750 і 1830 роками. Приблизно з 1750 року населення Європи швидко зростало, і з цим зростанням зросла усвідомлення великої кількості випадків дитячої смертності та огидних умов у в'язницях і психіатричних установах. терміновість.

У так званому доповіді Шаттака, опублікованому в 1850 році санітарною комісією Массачусетса, розглядалися серйозні проблеми зі здоров'ям і вкрай незадовільні умови життя в Бостоні. Його рекомендації включали план ефективної організації громадського здоров'я на основі Департаменту охорони здоров'я штату та місцевих рад охорони здоров'я в кожному місті. У Нью-Йорку (в 1866 році) така організація була створена вперше в Сполучених Штатах, яка започаткувала медичне адміністрування сучасності

У 1881 році Пастер встановив принцип захисних вакцин і тим самим стимулював інтерес до механізмів імунітету. Розвиток мікробіології та імунології мав величезні наслідки для здоров'я населення.

У XIX столітті зусилля департаментів охорони здоров'я по боротьбі з інфекційними захворюваннями полягали в спробах поліпшити умови навколишнього середовища. У міру того як бактеріологи визначали мікроорганізми, що викликають конкретні захворювання, був досягнутий прогрес в напрямку раціонального контролю конкретних інфекційних

захворювань. Це надало великої значимості для медичного адміністрування, тому що можна було робити щеплення від хвороби й це декларувалась у публічних документах, які були обов'язкові до виконання. Таким чином, перемогли оспу.

У першій половині XX-го століття були досягнуті подальші успіхи в охороні здоров'я на рівні громад, особливо в забезпеченні благополуччя матерів і дітей і здоров'я школярів та розвитку добровільних установ охорони здоров'я, програм громадського здоров'я і програм з охорони здоров'я[13, с. 65].

Таким чином, з'явилося поняття суспільне здоров'я та медичне адміністрування суспільного здоров'я – це здоров'я групи людей, які мешкають на території громади.

Босман Арнольд наголосив, що визначення суспільного здоров'я це наука і мистецтво запобігання хворобам, продовження життя і зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль і усвідомленого вибору суспільства, організацій, державних і приватних, спільнот і окремих осіб.

Громадська охорона здоров'я - це область, в якій співпрацюють багато дисциплін і багато професійних секторів.

Відповідні дисципліни та сектори громадської охорони здоров'я:

- епідеміологія.
- мікробіологія,
- біостатистика,
- медичні послуги,
- охорона навколишнього середовища,
- громадська охорона здоров'я,
- поведінкове здоров'я,
- інформатика,
- заходи в галузі громадської охорони здоров'я,
- державна політика.

Громадське здоров'я - це такий стан демографічної структури, фізичного та інтелектуального потенціалу, морально-психологічного клімату, яке забезпечує певний рівень життя територіальної громади (громади) та виконання нею (ним) усіх інших соціальних функцій на певному історичному відрізку часу. Громадське здоров'я не може включати все, що пов'язано зі здоров'ям окремих індивідуумів, однак воно не може бути зведено лише до характеристики останнього [4, с.98].

У світі існує більш 450 значень терміну «здоров'я». Для того, щоб розглянути поняття суспільного здоров'я розберемо думки вчених, а що взагалі таке термін «здоров'я».

В. Ліщук, наголосив, що здоров'я пояснює з позиції концепції активного самозбереження та саморозвитку організму[1, с.23]. Він говорив, проте, що здоров'я - це певний стан повного благополуччя, воно знижає напругу зі всього організму та, якщо цей стан порушити, то настає хвороба, наголошуючи на те, що головне у здоров'ї рівновага. У організмі у такому стані відбуваються метаморфози й вони включають захисні функції механізму, які відтворюють здатність до самовідтворення[2, с.15].

І. Брехман у своїх працях наголошував, що здоров'є людини – це її здатність зберігати відповідну віку стійкість до різких змін кількісних і якісних параметрів потоку сенсорної, вербальної і структурної інформації [3, с.61].

В. Казначеев зазначав, що здоров'я – динамічний цілісний стан, процес максимальної тривалості життя при оптимальній працездатності й соціальної активності [4, с.32].

У міжнародному визначенні існують 4 підхода до визначення громадське здоров'я:

- 1) мистецтво й наука;
- 2) система охорони здоров'я;
- 3) здоров'я населення;
- 4) зобов'язання уряду (ів).

Ч. Вінслов наголосив, що термін громадське здоров'я – це наука й мистецтво у сфері профілактики захворювань, збільшення народжуваності, зміцнення суспільного та власного здоров'я за допомогою організації зусиль та свідомого вибору суспільства та громадянина, державних та приватних організацій тощо[57, р.29].

Термін, який використовує ВООЗ дуже схожий на Вісло про автор цього терміна Дж. Ештон, він вважав, також що громадське здоров'я – це мистецтво та наука попереджень захворювання, подовження життя та зміцнення індивідуального здоров'я підпорядкованій організації зусиль суспільства[58, р. 232].

Т. Мейер надав визначення, акцентуя увагу на «широкому соціально - економічному контексті» [55, р. 121], розглядає визначення згідно формулі (рис. 1.1):

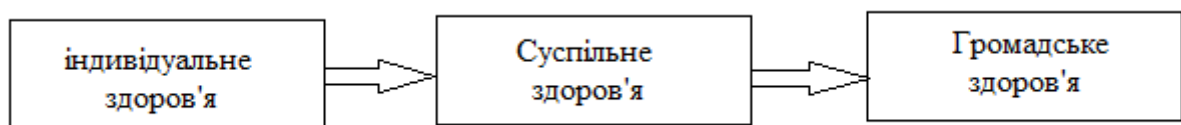


Рис. 1.1 формула визначення громадського здоров'я у соціально – економічному контексті

Б. Тобес та українська вчена І. Рожкова вважає що суспільне здоров'я та громадське здоров'я тотожні поняття [61, 50 р. 488, с.8]. Д. Ругер, вважає, що громадське здоров'я це комплекс адміністрування проблем за допомогою права: навколишнього середовища, захисту людей, торгівлі тощо[59, с. 440]. В.І. Аكوпова та Є.М. Маслова наголошують на визначенні для громадського здоров'я , як статичного поняття й охарактеризовують його демографічними показниками: смертність та народжуваність, тривалість життя[53, с. 29].

Л. Гостін, досліджую громадське здоров'я зробив висновок, що це вчення: про обов'язки держави щодо умов для того щоб люди були здорові; обмеження державної влади для захисту громадського здоров'я (як приклад, мери карантину, введення правил вакцинацій)[54, р. 4].

Англійське public health чи французьке santé publique при дослівному перекладі означало б «публічне здоров'я», проте за основу взяли поняття громадське здоров'я, щоб не вносити деструктив з поняттям публічності даного поняття. Тому закріпилось більше поняття громадського здоров'я.

На мою думку немає єдиного поняття громадського здоров'я його потрібно розглядати, як цілу систему категорій.

Показники здоров'я зображено на рис. 1.2.



Рис. 1.2 Здоров'я та його показники.

Джерело [21]

З рис. 1.2 емоційне благополуччя (як людина реагує на події, як справляється з невдачами та стресами),

Інтелектуальне благополуччя (здатність набувати і застосовувати проблеми і прийняти рішення),

Фізичне благополуччя (вправи, харчування, гігієна, відпочинок),

Соціальне благополуччя (спілкування і взаємодія з іншими людьми).

Як відомо, здоров'я сучасної людини є результатом природної еволюції виду homo sapiens, на яку все більший вплив надають соціальні чинники. У документах ВООЗ неодноразово вказується, що здоров'я людей — якість

соціальна. У зв'язку з цим для оцінки громадського здоров'я ВООЗ рекомендує наступні показники:

- відрахування валового національного продукту на охорону здоров'я;
- доступність первинної медико-санітарної допомоги;
- охоплення населення безпечним водопостачанням;
- рівень імунізації населення (охоплення імунізацією населення проти шести найбільш поширених інфекційних хвороб: дифтерії, кашлюку, правця, кору, поліомієліту, туберкульозу);
- ступінь обслуговування кваліфікованим персоналом жінок у період вагітності і при пологах;
- стан харчування дітей;
- рівень дитячої смертності (у тому числі дитячої);
- середня (очікувана) тривалість майбутнього життя;
- гігієнічна грамотність населення.

Однак в медико-соціальних дослідженнях для кількісної оцінки групового, регіонального та громадського здоров'я прийнято використовувати наступні групи показників:

1. Демографічні показники.
2. Показники захворюваності.
3. Показники інвалідності.
4. Показники фізичного розвитку[5, с.56].

Громадське здоров'я обумовлено комплексним впливом факторів, які прийнято об'єднувати в наступні групи:

1. Соціально-економічні фактори (рівень доходів, умови праці, житлові умови, освіта, доступність та якість медичної допомоги тощо).
2. Біологічні фактори (стать, вік, спадковість і т.д.).
3. Природно-кліматичні та екологічні фактори (температура, вологість, рівень сонячної радіації, забруднення навколишнього середовища, флора, фауна і т.д.).
4. Психологічні фактори.

Слід також зазначити, що класифікації факторів, що впливають на здоров'я різного рівня, вельми різноманітні і неоднозначні і залежать від концепції оцінки моделі здоров'я/

Розбудова структури громадського здоров'я створення єдиної системи профілактичної медицини.

- Пріоритетом розвитку системи є принцип, при якому інтерес здоров'я враховується в усіх сферах державної політики.
- Налаштування ефективного механізму співпраці з усіма центральними органами виконавчої влади, щоб обмінюватися інформацією про фактори, що впливають на стан здоров'я населення(табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Структура суспільного здоров'я

Підсистеми їх завдання та функції	Медичного обслуговування	Охорони громадського здоров'я
Функції	Надання медичної допомоги та послуг: виявлення, діагностика, лікування, реабілітація, профілактика	Зміцнення здоров'я, попередження захворювань (первинна профілактика) через управління детермінантами здоров'я
Основна компетенція фахівця	Прийняття правильного клінічного рішення ґрунтованого на доказаному	Розробка доказових пропозицій щодо детермінант здоров'я
Мета	Організаційна: забезпечення доступу, доступності і якості мед. допомоги та послуги. Медична практика: надання доступної та якісної мед. допомоги та послуги	Зміцнення здоров'я і попередження захворювань через формування відповідальної поведінки людини та суспільства в здоровому та безпечному середовищі
Об'єкт впливу:	Людина (детермінанти хвороби)	Суспільство (детермінанти здоров'я)

Джерело [6]

Типи структур управління охороною здоров'я:

Централізована або в значній мірі централізована структура: місцеві підрозділи охорони здоров'я в основному очолюються співробітниками держави

Децентралізована або в значній мірі децентралізована структура: місцеві підрозділи охорони здоров'я в основному очолюються співробітниками місцевих органів влади.

Змішана структура: деякі місцеві підрозділи охорони здоров'я очолюються співробітниками держави, а деякі-співробітниками місцевих органів влади. Жодна єдина структура не переважає.

Загальна або в значній мірі загальна структура: місцеві підрозділи охорони здоров'я можуть очолюватися співробітниками Громадського здоров'я головного або співробітниками місцевих органів влади. Якщо ними керують державні службовці, то місцеві органи влади мають повноваження приймати фінансові рішення та / або видавати накази про охорону здоров'я; якщо ними керують місцеві службовці, то повноваження має держава. Більш детально розглянемо управління у пункті 1.2.

Термін «суспільне здоров'я» в науковій літературі використовується в вузькому та в широкому значенні. Переклад з іноземної мови термін «public health» трактується як суспільне здоров'я або громадська охорона здоров'я. Суспільне здоров'я – це здоров'я громади, яке зумовлене деякими діями соціальних, поведінкових і біологічних чинників. Суспільне здоров'я у науковців обумовлює здоров'я населення, яке проживає на певній території, у різних країнах. Стан суспільного здоров'я в нашій країні за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я мають більшою мірою негативні показники, що може призвести до невтішних прогнозів в майбутньому[7, с.57].

Основні причини які погіршують якості життя населення в країні:

1. Відсутність пріоритетних задач в громадському здоров'ї в діяльності центральних та місцевих органів влади.
2. Байдушність до відповідальності у громадян до власного здоров'я та здоров'я сім'ї, до здоров'я оточуючих.

Нова система оцінювання здоров'я населення – ICF (Міжнародна класифікація працездатності, неповноцінності та здоров'я). Стара система захворювання – ICD(Міжнародна статистична класифікація захворювання та проблем здоров'я)- реєстрація показників смерті(причини). Нова система оцінювання ICF – була започаткована в травні 2001 року на генеральній асамблеї ВООЗ після річного процесу обговорення 191-ю країною учасницею. Мета ICF – в нести вклад для покращення здоров'я людини та суспільного здоров'я.

Термінами для медицини громадського здоров'я є соціальна медицина і громадська медицина.

Практика суспільної охорони здоров'я значною мірою спирається на медичну науку та філософію і особливо концентрується на управлінні навколишнім середовищем та контролі за нею на благо суспільства. Тому вона стосується житла, водопостачання та продовольства.

Шкідливі речовини можуть бути введені в них за допомогою сільського господарства, добрив, неадекватне видалення стічних вод та дренаж, будівництво, несправні системи опалення та вентиляції, обладнання та токсичні хімікати.

Медицина громадського охорони здоров'я є частиною більш масштабного підприємства зі збереження та покращення громадського здоров'я[8, с.87].

Громадські лікарі співпрацюють з різними групами, починаючи від архітекторів, будівельників, інженерів із сантехніки, опалення та вентиляції та закінчуючи фабричними та продовольчих інспекторів психологам та соціологам, хімікам, фізикам та токсикологам.

Медицина праці займається питаннями здоров'я, безпеки та благополуччя людей на робочому місці. Його можна розглядати як спеціалізовану частину медицини громадського охорони здоров'я, посколаній (які зберігаються у певній місцевості) та епідемії хвороби (яка вражає безліч людей протягом відносно короткого періоду).

Ключовими функціями суспільного здоров'я є оцінка, розробка політики, забезпечення якості, більш детально зображені інструменти для здійснення функцій на рис.1.3



Рис. 1.3 Управління системою (дослідження)

Джерело [9]

Таким чином, суспільне здоров'я – це тотожне поняття громадського здоров'я та воно має визначатись, як мистецтво й наука; система охорони здоров'я; здоров'я населення; зобов'язання уряду. Суть: об'єднати різні фактори які впливають на здоров'я, дослідити що саме впливає та розробити інструменти, які допомагають більшості людей не хворіти.

Структура встановлена наступна профілактика здоров'я, попередження захворювання відслідковування у дослідженнях детермінант здоров'я.

Функції такі: оцінка, моніторинг здоров'я та підвищення якості, розробка політики публічного адміністрування за рахунок досліджень. Тобто суспільне здоров'я – це категорія багатоявищна, яка повинна розглядати детермінанти здоров'я людей, які проживають у регіоні та включати розробку інструментів, які допомагають підтримувати власне здоров'я у регіоні. Власне здоров'я – це відповідальність людини за свій загальний стан.

1.2 Основні складові механізму публічного управління суспільного здоров'я

Термін «публічне управління» започаткував англійський державний службовець Десмонд Кілінг у 1972 році. «Публічне управління» (англ. Public management) - це пошук найкращого способу використання ресурсів за для досягнення пріоритетних цілей державної політики». Предметом вивчення публічного управління є повний аналіз держави, діяльність органів влади, як політико-правового інституту управління суспільство і утворення відповідних політико-правових та соціальних відносин, також аналіз комплексу дій місцевого самоврядування, громадського сектору[20, с. 16].

Публічне управління включає у собі «організаційні структури, управлінську практику та інституційні цінності, які впроваджують чиновники» для реалізації політики та виконання волі урядів[9, с.28].

Отже, публічне управління не стоїть окремо від питань політики, а, як припускають Меєр і Хілл, «викувано в кузні політики»[10, с.78].

У 2015 році при створенні Центру громадського здоров'я були розроблені регіональні рівні управління Центром здоров'я вони представляють з себе існуючі заклади, які повинні об'єднатись для загальної цілі оберігати головну цінність громадян суспільне здоров'я й на основі цих підприємств повинен був бути створений центр громадського здоров'я рис. 1.4.

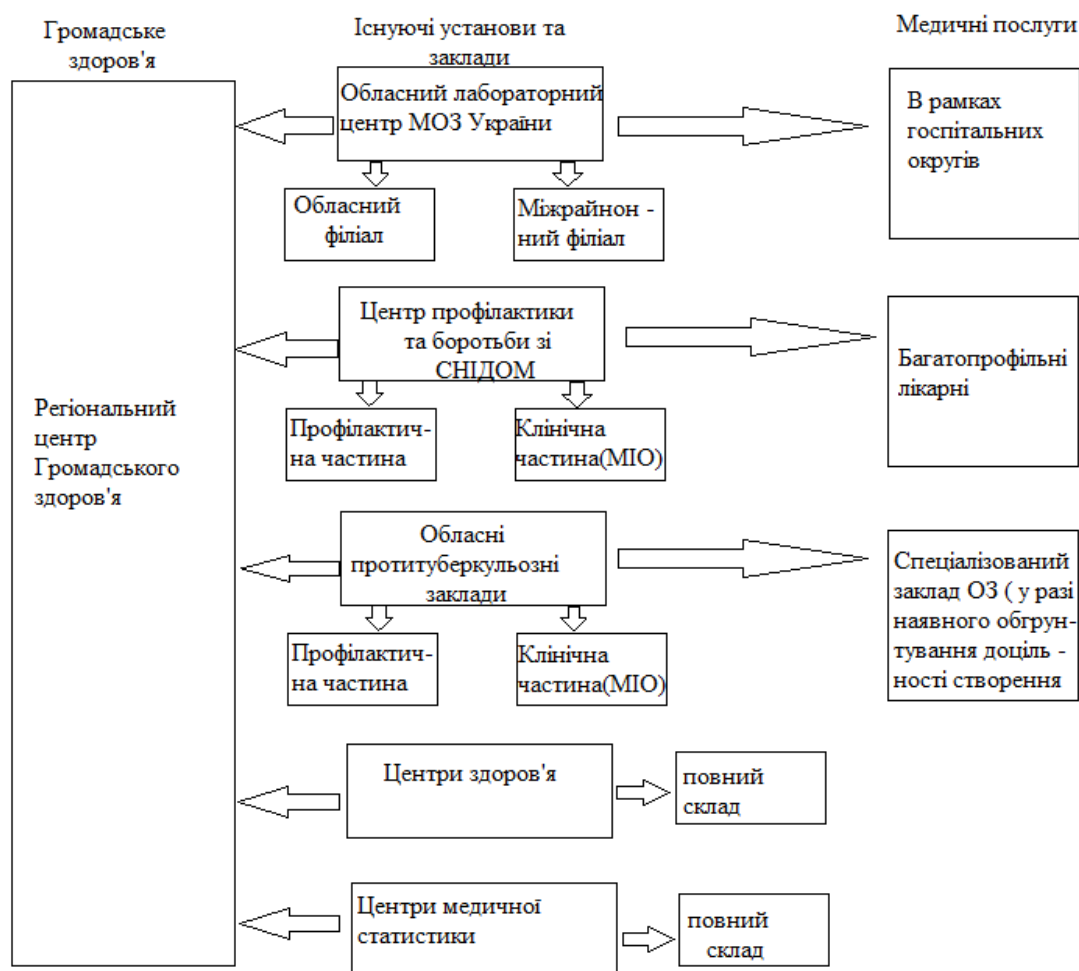


Рис. 1.4 Схема регіонального представництва регіонального громадського здоров'я.

Джерело розробка автора

На основі того, що центр громадського здоров'я надає такі послуги:

- Соціальний клінічний моніторинг;
- Розвиток людських ресурсів;
- Програми надання послуг пов'язаних з ВІЛ та ТБ;
- Промоція здоров'я та комунікаційні кампанії;
- Епіднагляд за інфекційними захворюваннями;
- Готовність реагування на надзвичайні події;
- Нагляд за факторами ризику;
- Імунопрофілактика.

Василь Височанський та Євген Мешко визначають 5 напрямків розвитку публічного управління у сфері громадського здоров'я:

- Впровадження політики громадського здоров'я;
- Сприяння державою індивідуальних навичок для здорового способу життя. (сучасний приклад 1000 грн. на фітнес центр у разі вакцинування від Ковід - 19).
- Створення умов для збереження соціального та природного середовища.
- Розвиток громад їх активної позиції:
- Переорієнтація, включаючи зовнішні, пріоритетів системи охорони здоров'я.

De Leeuw корисно проводить відмінність між «політикою» та «діями» у сфері охорони здоров'я. Тут «політика» впливає з політики, але є значною мірою статичною; «дія» політики виникає через її адміністрування та реалізацію і включає «переговори та торг між тими, хто прагне втілити політику в життя, і тими, від кого залежать дії»[13, с.41]. Це обов'язково передбачає залучення та втручання з боку політичних процесів – особливо при розгляді складних і часто ідеологічно складних питань, таких як справедливіший розподіл ресурсів для досягнення цілей соціальної справедливості та здоров'я[14, с.87].

Загалом, публічне управління стурбовано тим, як ефективно досягати цілей політики через багатопланові адміністративні системи, що складаються з урядових та неурядових структур. Центральні сфери дослідження, які перетинаються із сучасними проблемами охорони здоров'я, включають:

- «Об'єднання»: як створити інтеграцію між різними частинами уряду, які повинні працювати разом для вирішення складних проблем та впровадження багатогранної політики (тобто тих, які можуть стосуватися портфелів відомств, таких як добробут, охорона здоров'я)[16, с. 96].
- «Перетин кордону»: як ефективно працювати з тими, хто не владний, хто є невід'ємною частиною реалізації політики. Вони включають дедалі

різноманітніші мережі неурядових та приватних організацій, з якими уряд «укладає контракти» на надання послуг (або виконання політики)[17, с. 45].

- «Партнерство»: з двома вищеназваними пунктами пов'язані питання про те, як забезпечити ефективну роботу організацій та уряду в партнерстві один з одним для досягнення найкращих цілей[19, с.12].

Ці напрямки дослідження та способи роботи в публічному управлінні перегукуються з підходами, застосованими в діяльності та дослідженнях SDH та справедливості у здоров'ї.

Зовсім недавно «Здоров'я в усіх політиках» з'явилося як набір інституційних механізмів для забезпечення кращого здоров'я та справедливості щодо здоров'я через міжвідомчу координацію (тобто «об'єднання»).

Розглядаючи ширше сферу публічного управління, починаючи з 1980-х років, дослідження і практика державного управління пройшли через три парадигми (хоча жодна з цих змін парадигми не була «повною», що означає, що на практиці ми бачимо низку підходів у використувувати):

1. Публічне управління – де зосереджено на управлінні встановленими ролями та вказівками[20, с. 74].

2. Нове публічне управління – увага до міжгалузевого управління, пошук підприємницького лідерства в державному секторі, зростання та використання ринків, конкуренція та контракти на розподіл ресурсів та надання послуг[21, с.32].

3. Нове публічне управління (виникаюча парадигма) – відданість політичним мережам і відносинам співпраці між організаціями, зосередженість на інституційних відносинах у суспільстві та уряді[8, с.21].

Нове публічне управління (NPG) розширює попередні ітерації реформи публічного управління – намагаючись охопити щоразу складні мережі управління. Управління різнноманітними мережами змусило практиків та науковців зосередити увагу на тому, як створити адміністративну архітектуру

та механізми управління, які підтримують комунікацію, підзвітність та стійкі послуги (і результати політики)[7, с.25].

Ця сфера роботи потенційно є дуже плідною для дослідників здоров'я населення, зацікавлених у діях щодо SDH на «верхньому» рівні. Дослідження публічного управління показали, що більше уваги необхідно приділяти обговоренню цінностей, значень і відносин між (і всередині) організаціями.

Наразі сфери громадського здоров'я та публічного управління залишаються значною мірою відокремленими, хоча варто зазначити, що з'являється інтерес до «політики охорони здоров'я» спостерігає зближення цих сфер[6, с.57]. Нове публічне управління описує «контексти», в яких захисники громадського здоров'я намагаються втрутитися, щоб створити зміни[5, с.62].

М.В. Голубчиков, Н.М. Орлова, Н.Г. Кравчук показують більш різноманітні сфери «політичної роботи», до яких може ефективно залучатися охорона здоров'я. Більше того, нещодавня робота в цій галузі показала, що якщо ми не залучаємо дійових осіб політики в різних мережах, наші зусилля зі створення змін, ймовірно, будуть менш ефективними або «змиються» з часом.

Таким чином, завдяки кращому розумінню суб'єктів політики та контексту в різних сферах політики, прихильники громадського здоров'я та практики отримають кращу можливість втручатися у вищезазначені структурні детермінанти несправедливості у сфері охорони здоров'я, які стосуються питань політики, інституційної інерції та макроекономічної та соціальної політики. чий цілі не узгоджені з справедливістю у здоров'ї.

Сучасний етап публічного управління за кордоном ідентифікуються як Public Administration, що справедливо акцентує увагу на його головна відмінність-включення населення в управління. При такому підході участь жителів в управлінні країною не просто проголошується, а й реалізується на практиці, що відображає збільшений рівень їх освіти, підвищення відповідальності за долю країни, а також виникнення технічних можливостей

створення відкритого інформаційного простору завдяки новим технологіям роботи ЗМІ та Інтернету[10, с.22].

Публічність - як особливість сучасного управління досить повноописана в зарубіжній літературі. Так «акціонізм» (готовність до соціальної дії) як рису сучасності актуалізував А. Турен, соціальну роль Інтернету - м. Кастельс, публічність в цілому - М.Буровий, Ю. Хабермас.

Зарубіжні дослідники (наприклад, Хілгартнер і Боск) виявили практики формування відкритих інформаційних просторів-публічні арени, за допомогою нових способів управління рішеннями.

За кордоном Public Administration стало реальністю, хоча і тут рівень включеності населення в управління невеликий. Так, за даними доповіді OECD, в 30 розвинених країнах він не перевищує 20%, хоча освітою, охороною здоров'я, сферою послуг цікавиться більш широке коло населення. Зрозуміло, що в нашій країні готовність населення до активної публічної діяльності ще нижче[11, с.251].

Якість роботи сфери медицини є найбільш близькими, доступними для розуміння населення як зарубіжних країни. Тут створені наступні публічні арени (області відкритого інформаційного простору): відкритий моніторинг даних про національні системах охорони здоров'я (1), рейтинг закладів охорони здоров'я за сукупністю об'єктивних характеристик (2), «народний» рейтинг якості обслуговування (3), рейтинг лікарів (4). У зарубіжних (передових) країнах всі названі технології застосовуються (широко і успішно), особливо формування моніторингу про якість охорони здоров'я[13, с.55].

Складається під егідою багатьох організацій: ООН, Світового банку реконструкції та розвитку (як складова частина індексу людського розвитку-ІЧР), ОЕСР (організація економічного співробітництва та розвитку).

Всі дані публікуються, що дозволяє населенню представляти якість функціонування своєї національної системи, порівнювати його результатами інших.

Якщо публічна звітність є традиційно слабким місцем національного управління охорони здоров'я, освоєння та застосування ІКТ – відносно успішна область[30, с.21].

Ключовим місцем в питаннях реалізації прав громадянина на отримання якісних перших або вторинних медичних та фармацевтичних послуг займає організація охорони здоров'я для отримання допомоги й підтримці суспільного здоров'я займаються Центри Громадського здоров'я, які повинні вести статистик узахворюванностей й отримання . Найважливіше завдання публічної влади, реалізація даного питання.

Найбільш повне визначення механізму публічного управління дає

І. В. Понкін:

- 1) механізм як сукупність алгоритмів можливих або обов'язкових адміністративно-розпорядчих організаційних та інших адмініструючих дій;
- 2) Як сукупність видів способів і дій (нормативних правових та інших правових документарних (правових, програмних, адміністративно-розпорядчих, концептуально-доктринальних);

3. Ключовими поняттями в цьому визначенні є поняття «сукупність алгоритмів можливих або управлінських дій», а також «сукупність видів способів і дій»[6, с.33].

Т. Кулагіна і Г. В. Бережнов розглядають інструменти, як засобу пристосування до мінливих умов зовнішньої середовища, головне завдання яких-виключити з середовища елементи невизначеності і створити ситуацію визначеності, стійкості і повторюємості[2, с.24].

В. В. Кондратьєва, В. А. Щегорцов і В. А. Таран відносять до інструментів управління конкретні методи і прийоми, які застосовуються при зборі, обробці та аналізі інформації і привиробленні управлінських рішень, заснованих на цій інформації[22, с.111].

Є. Н. Трипільський, пропонують класифікацію інструментів управління за групами:

- група планування,
- група роботи з показниками громадського здоров'я,
- група роботизі ЗМІ,
- група роботи з населенням[41, с.71].

Технології є похідними від видів діяльності, елементів управління, принципів і функцій, механізмів та інментів управління. Тому в залежності від виду діяльності, об'єкта управління та відповідного виду менеджменту будуть формулюватися визначення технологій.

На думку П. А. Сорокіна, розробка нових технологій та їх застосування обумовлені новими уявленнями, ідеями та цінностями, відповідними конкретному етапу людської культури (і менеджменту), при цьому на кожному етапі люди виходять з їх уявлень про максимальну користь і вигоду використання технологій[3, с.66].

Будь-який вид управління завжди передбачає забезпечення конкретного порядку, а також вибір управління певної стратегії (ідей, цінностей, норм поведінки і відносин, взаємодій або філософсько-ціннісних і нормативних підстав), дотримання логіки і логістики, що, на думку І. В. Понкіна, можна позначити як інтегральний концепт.

Різні види сучасного управління реалізуються на основі різних концептів:

- за результатами,
- управління за цілями,
- процесне управління,
- проектно-орієнтоване управління,
- клієнтоорієнтоване управління,
- партисипативне управління,
- концепт «електроної держави» тощо[4, с.37].

У перерахованих концептах є основні об'єкти, на які направлено управлінський вплив, відповідно формулюються завдання управління і застосування технологій.

Умови життя сучасної людини висувають актуальні завдання вдосконалення наукового аналізу проблем її здоров'я.

Метою державного управління галуззю медицини є: побудова системи, орієнтованої на пацієнта, яка здатна забезпечити справедливість охоплення медичними послугами всього населення країни. Для того, щоб ретельно розібрати управління суспільним здоров'ям, треба почати з взаємодії та проблеми ототожнювання публічного адміністрування з публічним управлінням.

Таким чином, публічне управління охороною здоров'я складний процес, який контролюється державою з метою впливати на економічні чинники за допомогою профілактики здоров'я.

Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я здійснюється через:

- ухвалення нормативно-правових актів, які регламентують медичну та фармацевтичну діяльність;
- забезпечення загальнодоступності медичних послуг (медичної допомоги);
- забезпечення якості та безпеки медичних і фармацевтичних послуг;
- визначення та забезпечення гарантованого державою обсягу медичних послуг і ліків, які сплачуються з державного бюджету;
- державний контроль і нагляд в галузі охорони здоров'я [11, с.16].

Перелік суб'єктів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я зображені на рис 1.5, також зображена характеристика суб'єктів. Механізми публічного адміністрування у сфері суспільного здоров'я – це спеціальні засоби, що забезпечують здійснення регулюючого впливу публічних адміністрацій на соціально-економічні територіальні системи різних рівнів (села, селища, райони у містах, міста, райони, області) з метою забезпечення суспільного здоров'я.



Рис. 1.5 Суб'єкти публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я
Джерело[14].

Механізм публічного адміністрування можна представити у вигляді схеми по ліву сторону перераховані суб'єкти які здійснюють процес, прямо – функціонування системи на різних етапах впровадження, коли шукається інструмент, який впроваджується наприклад, програма, вона може бути первинна, перехідна або чинна, та по правий бік перераховані цільові механізми, які застосовуються у публічному адмініструванні (рис. 1.6).

Спочатку з'являється закон або законодавчий документ потім він по гілці влади спускається до виконання й також з першої гілки виконавця він піднімається у формі звітів,.

Таким чином, поняття публічне управління - це пошук найкращого способу використання ресурсів за для досягнення пріоритетних цілей

державної політики. На мою думку, механізм публічного адміністрування, дуже заплутаний й представляє собою загальну модель публічного адміністрування з корективою на органи охорони здоров'я.



Рис. 1.6 Механізм публічного адміністрування

Додаток [10]

Громадське публічне управління медичними процесами заключається у об'єднанні з цілю оцінки і моніторингу процесів, які відбуваються у сфері суспільного здоров'я.

Механізм публічного адміністрування - це ціла система інструментів, які потрібно впроваджувати через суб'єкти публічного адміністрування, функціонування системи може бути первинним, чинним, перехідним. А цільові механізми мають загальні інструменти, які впровадженні у суті суспільного здоров'я.

1.3 Методика оцінювання суспільного здоров'я в регіоні

1.4

Процес прийняття публічних адміністративних рішень включає в себе накопичення фактів. Систематизація й узагальнення, логічне осмислювання фактів для розробки політики у сфері суспільного здоров'я та розуміння явищ, які впливають на суспільне здоров'я. Методика оцінювання стають складовою частиною наукових знань, якщо вони виступають у систематизованому узагальненому вигляді та саме ці факти впливають на рішення.

Саме від оцінювання суспільне здоров'я залежать ряд впроваджених мір, які впливають від досліджень, наприклад, введення карантинів, локдаунів, прийняття рішень щодо скасування профілактичних дій.

Професор Клименко В.І досліджує методику оцінювання здоров'я та визначає основні показники на рис. 1.7.

1. Демографічні.

Термін "демографія» був запропонований французьким вченим Жаном Клодом Ашиль Гийяром (1799-1876). У 1885 р. в Парижі вийшла його книга "Елементи статистики людини, або порівняльна демографія", в якій він визначив демографію як "природну і соціальну історію людського роду, або математичне вивчення населення, його змін і його фізичних, цивільних, інтелектуальних і моральних умов».

Статистичне вивчення народонаселення в демографії та медичної демографії ведеться в двох основних напрямках:

1. Статика населення.
2. Динаміка населення.

Демографічні показники в охороні здоров'я необхідні:

- для характеристики громадського здоров'я населення;
- визначення потреби населення в медичних кадрах;
- планування та організації медичної допомоги населенню

- визначення фінансових коштів, що виділяються з державного бюджету на охорону здоров'я;
- організації протиепідемічної роботи в регіоні;
- оцінки діяльності системи охорони здоров'я, організацій охорони здоров'я, лікарів[21].

Статистика населення вивчає чисельність і склад населення на певний момент часу. Склад населення характеризується по ряду основних ознак: стать, вік, соціальні групи, професія, сімейний стан, національність, мова, культурний рівень, релігія, місце проживання, географічне розміщення, щільність населення і т. д. основним методом вивчення статистики населення є перепис.

Перепис населення-Науково організований статистичний дослідження з метою отримання даних про чисельність, склад і розміщення населення.

Для переписів населення характерні наступні принципи: загальність; єдина для всього населення програма, поіменність (при подальшій обробці дані знеособлюються); безпосереднє отримання відомостей (по самовизначенню респондента, без пред'явлення документів); особисте опитування кожного жителя переписувачами; суворе дотримання таємниці перепису. Перепис проводиться в період найменшої міграції населення, тобто в зимовий час, в середині місяця, в середині тижня. Експерт ВООЗ рекомендують проведення переписів не рідше 1 разу на 10 років.



Рис. 1.7 Методика оцінювання суспільного здоров'я у регіоні

Програму перепису складають питання, звернені до кожної особи, що переписується. Програма перепису викладається в переписному аркуші. Матеріали перепису узагальнюються і обробляються за допомогою ЕОМ. Чисельність населення характеризує загальну кількість людей, проживають на даній території на певний момент часу [15]. Дані про чисельність населення отримують на основі проведення переписів населення або розрахунковим шляхом, виходячи з інформації про кількість народжених, померлих і мігрували (сальдо міграції).

Зміна чисельності населення в економічно розвинених країнах і в країнах з перехідною економікою буде супроводжуватися стабілізацією або зниженням чисельності населення, а в країнах, що розвиваються — зростанням. Ці процеси стали предметом серйозного занепокоєння ООН, визначивши для держав демографічні проблеми з метою розробки заходів щодо стимулювання або стримування зростання чисельності населення. Населення за статтю ділиться на чоловіків і жінок. Співвідношення між ними утворює статеву структуру населення. Розрізняють такі типологічні характеристики статі: генетичний, гормональний, морфологічний,

аскриптивний (приписаний, паспортний); стать виховання, соціальна стать (гендер) та ін.[31].

У більшості країн світу вік людини визначають так: після року з моменту народження він збільшується на одиницю.

Для виділення окремих вікових етапів життя людей використовуються класифікації віку, що характеризують кожен етап. Одна з найбільш древніх-Китайська-така:

- до 20 років — Молодість;
- до 30 років-вік вступу в шлюб;
- до 40 років-вік виконання громадських обов'язків;
- до 50 років — вік пізнання власних помилок;
- до 60 років-останній творчий період життя;
- до 70 років-бажаний вік;
- старше 70 років-старість.

У міжнародній практиці використовують вікову класифікацію, запропоновану ВООЗ, згідно з якою:

- до 18 років — дитинство;
- 18-30 років — юнацтво;
- 31-45 років-Молодість;
- 46-60 років-зрілий вік;
- 61-75 років-похилий вік;
- 76-90 років-старечий вік;
- 91 і старше-довгожителі.

Крім того, використовується класифікація, яка заснована на можливості участі населення у відтворенні. Все населення розділене на 3 вікові групи:

- I група-0-14 років, дофертильний вік;
- II група-15-49 років, фертильний вік;
- III група-50 років і більше, постфертильний вік.

Під старінням населення, або демографічним старінням, розуміють збільшення частки літніх і старих людей в загальній чисельності населення.

Старіння населення відбувається в результаті змін народжуваності та смертності, їх співвідношення; характеру відтворення населення; міграційних процесів; воєн.

Основна причина старіння населення-це зниження народжуваності, яке призводить до скорочення чисельності осіб молодого віку за рахунок новонароджених і, при інших рівних умовах, до збільшення частки людей старших вікових груп. Зростання народжуваності протидіє процесу старіння, так як забезпечує більш широке заміщення молодих поколінь.

Вплив міграції на старіння оцінюється двояко: на територіях вибуття і прибуття мігрантів. Територіальному пересуванню більшою мірою схильне населення молодих і середніх вікових груп, де особливо висока народжуваність.

Демографічні дослідження в XIX ст. показали, що населення старіло за рахунок зниження народжуваності, тобто мало місце старіння знизу. Зростання тривалості життя, що відбувалося в розвинених країнах миру в першій половині XX ст., був обумовлений майже виключно зниженням дитячої смертності, яке могло викликати не стільки "старіння", скільки "омолодження" населення.

Народжуваність і плодючість — не показники, а категорії, які характеризують різні сторони одного процесу, при цьому тісно пов'язані між собою. Плодючість - це біологічна здатність жінки, чоловіки, шлюбної пари до зачаття і народження певного числа діти. Плодючість вимірюється числом потенційно можливих живонароджень у жінки, яке залежить від генетичних якостей і стану здоров'я обох подружжя, а також від поєднання їх фізіологічних у шлюбі (іноді у здорового подружжя вагітність не настає внаслідок їх біологічної несумісності).

В окремих випадках число можливих народжень в одноплідних пологах може досягати [39]. Однак плодючість рідко реалізується повністю. Середня видова плодючість, тобто плодючість людини як біологічного виду становить 10-12 живонароджень за все життя, або 12-15 вагітностей (з урахуванням

мертвонароджень і мимовільних аборт). Фактично ж показник серед населення ніколи не досягав такої величини і рідко перевищував 8 живонароджень за все життя в шлюбі з 15 до 50 років [40].

2. Інтегральні

Комплексна оцінка стану здоров'я населення застосовується для найбільш повної (багатоаспектної) характеристики здоров'я контингенту населення, що вивчається. Окремим випадком комплексної оцінки здоров'я населення є інтегральні показники.

Серед математичних моделей в області медицини і охорони здоров'я значне місце посідають саме моделі, пов'язані з інтегральною оцінкою здоров'я населення. Спроби створення таких моделей ведуться вже на протязі декількох років.

В різні періоди розвитку суспільства, і, зокрема, сучасної системи охорони здоров'я, питання оцінки стану здоров'я, аналізу обґрунтованості й сили впливу тих або інших чинників на формування і збереження певного рівня суспільного здоров'я, були та залишаються актуальними.

Означені показники необхідні не тільки для зручного порівняння стану здоров'я населення різних регіонів, але також і для прийняття належних заходів з охорони й зміцнення здоров'я [45, с.12]

Розрахунок інтегральних показників здоров'я населення методом комплексної нормативної оцінки і методом нормованих інтенсивних показників.

Комплексна нормативна оцінка (КНО) здоров'я населення визначається за формулою:

$$КНО = (1 / n) \cdot \sum (P_f / P_p) - 100, (1.1)$$

де P_f - показник фактичний,

P_p - показник нормативний.

Не існує єдиного метода оцінювання суспільного здоров'я в регіоні, методика використовується змішана.

3. Захворюваність – це показник розраховується по числу основних захворювань, які є у регіоні, більшість людей помирають від тяжких затяжних хвороб. По захворюваності можна бачити динаміку та яке харчування потрібне здоровому населенню.

В Україні існує рейтинг хвороб від яких помирає населення.

I місце займає ішемічна хвороба серця – 192343 чол,

II місце – займає злоякісні новоутворення – 49021 чол,

III місце – Covid – 19 – 36481 чол.,

IV – хвороби органів дихання – 13951 чол.,

V – хвороби органів травлення – 16040 чол.,

VI – туберкульоз – 1905 чол,

VII – захворювання передаються статевим шляхом – 1763 чол.

Дані узяті з офіційного сайту Держкомстату.

Запоріжжя населення – 731 922 чол.

Взагалі по смертності Запорізька область займає 4 місце, а по Covid – 19 - 10 місце по Україні. У світі показники дещо інші у світі радіо свобода робила статистичні дослідження за 72 дні спостережень рис. 1.8.

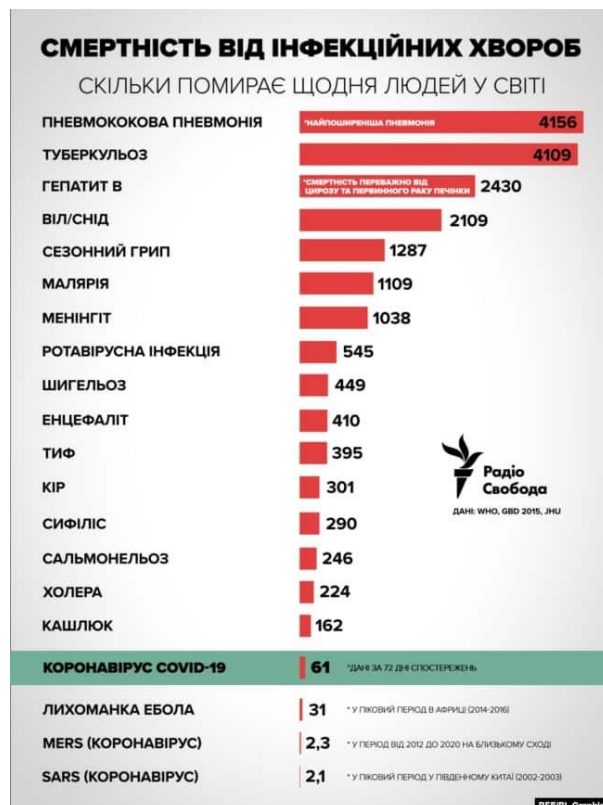


Рис. 1.8 смертність від захворювань,

4. Донозологічні стани – стадія функціональної готовності організму до розвитку певного захворювання, часткова адаптація (граничний стан) до нових умов існування. Медичні огляди є показником цієї методики.

5. Інвалідність – показник фіксує усі види порушень у людини: будь-яка втрата або аномалія психологічної, фізіологічної функції чи структури або функції тіла. Інвалідність оцінюється, як первина так й загальна.

6. Фізичний розвиток - складова життєдіяльності людини, зміна природних властивостей її організму впродовж життя, що виявляється у вигляді показників функціональних та морфологічних можливостей організму, фізичних якостей, рухових здібностей, працездатності, темпів старіння організму, термінів тривалості життя.

Фізичний розвиток (морфо-функціональні спосіб життя особи, фізична активність,

Неабияке значення для здорового способу життя мають інформованість людей і можливість доступу до спеціальних профілактичних процедур, здатних протидіяти природному процесу старіння, належних економічних умов, достатньої системи охорони здоров'я. Крім того, існує багато інших складових здорового способу життя, що стосується переважно не тільки фізичного і психічного, а й соціального і духовного здоров'я (відсутність шкідливих звичок, пануюча світоглядна установка на пріоритетну цінність здоров'я тощо).

В цілому, загальноприйнятими показникам здоров'я населення вважаються такі:

- медичні (захворюваність, смертність, смертність немовлят, інвалідність);
- соціального добробуту (демографічна ситуація, санітарно-гігієнічні показники факторів навколишнього середовища, способу життя, рівня медичної допомоги, соціально-гігієнічні показники);

- психічного добробуту (захворюваність на психічні хвороби, частота виникнення невротичних станів).

Таким чином демографічні (смертність, народжуваність), донозографічні, інтегральні, захворюваність, фізичний розвиток, інвалідність, методики оцінювання є демографічні (смертність, народжуваність), донозографічні, інтегральні, захворюваність, фізичний розвиток, інвалідність. Не має єдиної методики оцінювання або моніторингу, вони заїмствовані у статистики або в математиці, можуть бути ймовірними та прогнозними. Наука по громадському здоров'ю стрімко розвивається й запроваджуються нові методики оцінювання.

Згідно теорії, доцільно запропонувати методику дослідження на основі статистичних досліджень та інтегральних показників. Треба оцінити захворюваність по основних захворюваностях, щоб акцентувати увагу на профілактичних заходах від хвороби. Оцінити тривалість життя для акцентування на тих періодах у яких потрібно займатись своїм власним здоров'ям. Дослідити основні демографічні чинники статистичним та інтегральним способом для поняття у якому направленні потрібні дослідження щоб трансформувати публічне управління саме у русло розвитку громадського здоров'я згідно концепції громадського здоров'я.

Отже схема для рішення буде: Захворюваність - Демографічні показники (народжуваність, смертність, тривалість життя) – інвалідність дітей – інтегральні показники – індекс здоров'я по Запорізькому регіону.

Висновок до I розділу

Встановлено, що сутність суспільного здоров'я полягає в тотожному понятті громадське здоров'я та немає відмінностей від публічного. Саме поняття виникло ще в епоху Гіпократу проте немало під собою публічного адміністрування. У роботі надано власне визначення, суспільне здоров'я – це категорія багатоявищна, яка повина розглядати детермінанти здоров'я людей,

які проживають у регіоні та включати розробку інструментів, які допомагають підтримувати власне здоров'я у регіоні. Власне здоров'я – це відповідальність людини за свій загальний стан.

Визначено, що структурно суспільне здоров'я включає в себе чотири складові: зміцнення здоров'я, профілактика, розробка доказових досліджень, детермінант здоров'я.

Визначено, що публічне управління - це пошук найкращого способу використання ресурсів за для досягнення пріоритетних цілей державної політики.

Проаналізовано механізми функціонування суспільного здоров'я та визначено, що його елементами є суб'єкти громадського здоров'я, функціонування громадського здоров'я, а регулювання відбувається на основі розробки політики публічного адміністрування. З 2015 роком центри громадського здоров'я стали вирішувати багато задач зв'язаних з дослідженнями, наприклад, стану захворюваності на Ковід 19, вони оцінюють ситуацію в регіоні та узагальнюють інформацію надають центру громадського здоров'я. Основні складові механізму публічного управління суспільного здоров'я – це алгоритми дій публічного управління.

Виявлено, що мета публічного адміністрування сфери громадського здоров'я є оцінка та моніторинг сфери суспільного здоров'я для поліпшення показника здоров'я.

Зазначено, що є класична методика вимірювання показників через демографічні показники: смертність, тривалість життя, народжуваність та математичні моделі такі як інтегральні показники здоров'я.

Визначено у ході аналізу методики оцінювання, що вона не достатньо освітлюється й не має досліджень по Запорізькій області за три роки. Є лише теоретичні надбання, які потрібно розширювати проводити дослідження пропонувати на основі дослідження нові рішення у публічному управлінні у сфері громадського здоров'я. Немає фінансування на дослідження з боку

обласних та міських органів влади, так як не має цілісної концепції, що саме досліджується у по якій методиці.

На нашу думку, методику потрібно розробляти в індивідуальному порядку під кожне дослідження я вважаю, що потрібно запровадити свою методику тому у третьому розділі я її запропоную на основі тих статистичних даних, які є.

РОЗДІЛ II

Діагностика стану розвитку публічного управління суспільного здоров'я у Запорізької області.

2.1 Фактори впливу на стан суспільного здоров'я в області

Політика на місцевому, державному рівнях впливає на здоров'я індивідів і населення. Наприклад, збільшення податків на продаж тютюну може покращити здоров'я населення за рахунок зменшення кількості людей, які вживають тютюнові вироби. Деякі політики впливають на населення протягом тривалого періоду часу, водночас допомагаючи змінити індивідуальну поведінку[43, с.36].

Наприклад, Закон про безпеку дорожнього руху та Національний закон про безпеку дорожнього руху та автомобільних транспортних засобів дозволили федеральному уряду встановлювати та регулювати стандарти для транспортних засобів та автомобільних доріг. Це призвело до підвищення стандартів безпеки для автомобілів, у тому числі ременів безпеки, що, у свою чергу, знизило рівень травматизму та смертей від автомобільних аварій.

Детермінанти здоров'я виходять за межі традиційних секторів охорони здоров'я та охорони здоров'я; Такі сектори, як освіта, житло, транспорт, сільське господарство та навколишнє середовище, можуть бути важливими союзниками у покращенні здоров'я населення.

Діапазон особистих, соціальних, економічних та екологічних факторів, які впливають на стан здоров'я, відомий як детермінанти здоров'я.

Детермінанти здоров'я або фактори впливу (рис. 2.1) поділяються на кілька широких категорій:

- Вироблення політики,
- Соціальні фактори,
- Медичні послуги,
- Індивідуальна поведінка,
- Біологія та генетика (спадковість).
- Екологія

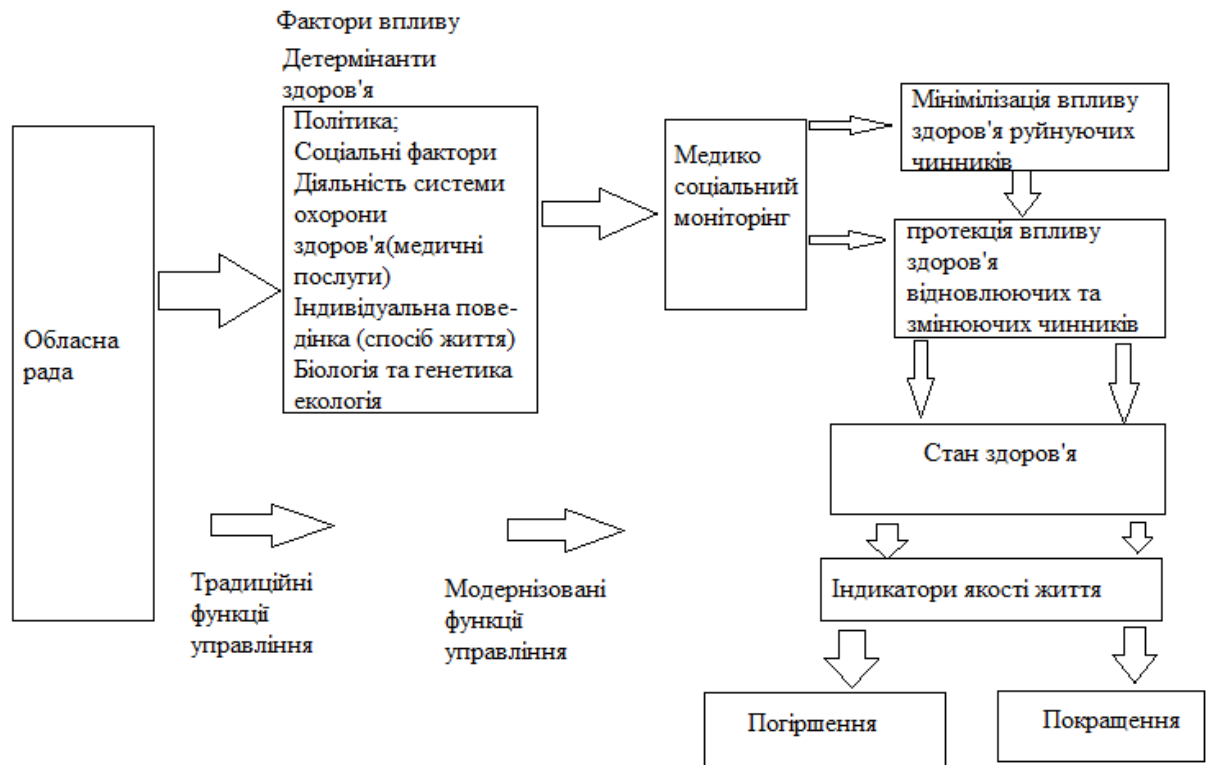


Рис. 2.1 Адміністрування громадського здоров'я в системі традиційних та сучасних функцій управління

Джерело розробка автора

Саме взаємозв'язки між цими факторами визначають здоров'я особистості та населення. Через це заходи, спрямовані на кілька детермінант здоров'я, найімовірніше, будуть ефективними[41, с.91].

1. Соціальні детермінанти здоров'я відображають соціальні чинники та фізичні умови середовища, в якому люди народжуються, живуть, навчаються, грають, працюють і старіють. Також відомі, як соціальні та фізичні детермінанти здоров'я, вони впливають на широкий спектр результатів здоров'я, функціонування та якості життя.

Приклади, соціальних детермінант включають:

- Наявність ресурсів для задоволення щоденних потреб, таких як можливості освіти та роботи, прожитковий мінімум або здорове харчування,
- Соціальні норми та установки, такі як дискримінація,

- Вплив злочинності, насильства та соціального безладу, наприклад наявність сміття,
- Соціальна підтримка та соціальні взаємодії,
- Вплив засобів масової інформації та нових технологій, таких як інтернет або мобільні телефони,
- Соціально-економічні умови, такі як концентрована бідність,
- Якісні школи,
- Варіанти транспортування,

Розбиремо цей чинник:

Демографічна ситуація, зростання чисельності одиниць приватного транспорту, зміни в структурі переміщень та ін. призвели до тенденції, пов'язаної зі скороченням обсягу пасажирообороту транспорту Запорізької області.

Протягом 2018-2020 рр. показник зменшився з 4011,3 до 2482,7 млн пас. км (на 40,8 %) Скорочення пасажирообороту стало характерним для залізничного (на 53,8 %), трамвайного (на 54,1 %) та тролейбусного (на 44,8 %) видів транспорту.

- Громадська безпека,
- Житлова сегрегація.

2. Приклади, фізичних детермінант включають:

- Природне середовище, наприклад рослини, погода або зміна клімат,
- Вбудовані середовища, такі як будівлі або транспорт,
- Робочі майданчики, школи та місця відпочинку,
- Житло, будинки та мікрорайони,
- Вплив токсичних речовин та інші фізичні небезпеки,
- Фізичні бар'єри, особливо для людей з обмеженими можливостями,
- Естетичні елементи, такі як гарне освітлення, дерева або лавки.

Вікова структура населення співмірна з іншими областями України – високою є частка населення у працездатному віці (68,0%), однак низька частка дітей (14,7%) свідчить про поступове старіння населення та зниження у

майбутньому частки населення у працездатному віці поряд зі зростанням чисельності населення у віці 65 років і старше.

Впродовж останніх 25 років у Запорізькій області стійкою є тенденція скорочення чисельності населення. Очевидно, що зменшується демографічний тиск на медичну систему, і більше можливостей для обслуговування громадян та підвищення якості здоров'я, проте існує й проблема у тому, що зменшення населення збільшує навантаження на здоров'я людей.

3. Детеріната медичні послуги. Як доступ до медичних послуг, так і якість медичних послуг можуть вплинути на здоров'я. Здорові люди 2020 безпосередньо розглядають доступ до медичних послуг як тематичну область та включають якість медичних послуг у низку тематичних областей.

Відсутність або обмежений доступ до медичних послуг сильно впливає на стан здоров'я людини. Наприклад, якщо люди не мають медичної страховки, вони рідше братимуть участь у профілактичних заходах і частіше відкладають лікування.

Перешкоди для доступу до медичних послуг включають:

- Відсутність доступності,
- Висока вартість,
- Відсутність страхового покриття,
- Обмежений доступ до мов,

Ці перешкоди для доступу до медичних послуг призводять до:

- Незадоволені потреби у здоров'я,
- Затримки в отриманні відповідної допомоги,
- Нemoжливiсть отримати профілактичні послуги,
- Госпіталізації, яким можна було б запобігти.

Наприклад у середньому за добу станом на 06.12.2021 рік госпіталізують 322 людей, амбулаторно лікується 1771 людина від Ковід -19.

4. Індивідуальна поведінка також відіграє певну роль у стані здоров'я. Наприклад, якщо людина кидає палити, її чи її ризик розвитку серцевих захворювань значно знижується[26, с.127].

Багато заходів у сфері охорони здоров'я та охорони здоров'я зосереджені на зміні індивідуальних поведінок, таких як зловживання психоактивними речовинами, дієта та фізична активність. Позитивні зміни в поведінці людей можуть знизити рівень хронічних захворювань у цій країні.

Приклади індивідуальних поведінкових детермінант здоров'я включають:

- Дієта,
- Фізична активність,
- Вживання алкоголю, сигарет та інших наркотиків,
- Миття рук.

Фахівцями МОЗ було проведено дослідження у формі опитування «Індекс здоров'я. Україна». У 2021 р. загалом було опитано 9513 респондентів. До остаточного масиву увійшли 9500 інтерв'ю. Теоретична похибка вибірки для масиву в цілому становить 1,5%.

Майже половина опитаних оцінили своє здоров'я, як:

- «незадовільно» - 12,6%,
- «задовільно» - 18,7 %
- «добре» -41,3%
- «дуже добре» -15,5%
- «Відмінно»- 10,4%
- «не до однієї оцінки» - 1,5 % (рис. 2.2).



Рис. 2.2 Розподіл відповідей на питання «Як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я?» .

Джерело [20]

5. Деякі біологічні та генетичні фактори впливають на конкретні популяції більше, ніж інші. Наприклад, літні люди біологічно схильні до погіршення здоров'я, ніж підлітки, через фізичні та когнітивні наслідки старіння.

Серповидно-клітинна хвороба є поширеним прикладом генетичної детермінанти здоров'я. Серповидно-клітинна хвороба успадковується, коли обидва батьки несуть ген серповидної клітини. Ген найчастіше зустрічається у людей з предками із країн Західної Африки, країн Середземномор'я, країн Південної або Центральної Америки, Карибських островів, Індії та Саудівської Аравії[29, с.69].

Приклади біологічних і генетичних соціальних детермінант здоров'я включають:

- вік,
- секс,
- ВІЛ-статус,

- генетичні спадкові захворювання, такі як серповидно-клітинна анемія, гемофілія та муковісцидоз,
- носіння гена BRCA1 або BRCA2, що підвищує ризик раку грудей і яєчників,
- сімейний анамнез серцевих захворювань.

6. Детермінанта екологія. Проаналізуємо фізичні детермінанти по фактору навколишнього середовища. Запорізька область являє собою одну з найбільш забруднених областей України через її промисловий потенціал, що обумовлено наявністю і високою концентрацією підприємств чорної і кольорової металургії, теплоенергетики, атомної енергетики, хімії, машинобудування.

Наслідком цього є велика забрудненість повітряного басейну, земельних і водних ресурсів, а так само накопичення значної кількості небезпечних промислових і побутових відходів[27, с.81].

Відповідно до даних Державної служби статистики України, за обсягами викидів забруднюючих речовин в атмосферу від стаціонарних джерел забруднення (ЗІЗ) Запорізька область займає четверте місце (після Донецької, Дніпропетровської та Івано-Франківської), що являє собою 6,8% від загального обсягу викидів України. Так само, високий показник забруднюючих речовин і парникових газів* від транспорту по Запорізькому регіону, який становить 4,6% і займає восьме місце по Україні.

Відповідно до даних статистики за 2021 рік – в атмосферне повітря надійшло 270,4 тис.т забруднюючих речовин від ЗІЗ (193,7 тис. т - 71.6% від сумарних обсягів викидів) і пересувних джерел забруднення (Піз) (найбільш вагомі-метан і оксид азоту, які відносяться до парникових газів, 2,6 і 0,2 тис. т відповідно, і 14,9 млн. т двоокису вуглецю). Виходячи з цих даних, на кожного жителя нашого міста того року припало 153,6 кг забруднюючих речовин.

За даними Головного управління статистики в Запорізькій області за 2020 рік, в Заводському районі найвищий рівень забруднення атмосферного повітря від ЗІЗ (92,6%). Менш забрудненими районами є: Олександрівський

(0,3%), Хортицький (0,4%), Дніпровський (0,6%), Вознесенівський (1,7%) та Шевченківський(3,9%)[29, с.65].

Щодо пересувних джерел забруднення-більша частина викидів припадає на приватну власність і становить 64,2%. До найбільш забруднених районами, в даному випадку, відноситься заводський і Вознесенівський, що пояснюється наявністю важливих автомобільних розв'язок. До точок з великим перевищенням ГДК (приблизно в 4 рази) відносяться вулиці Олексія Ради (Шевченківський район) і верхня (Дніпропетровський район).

Незважаючи на поточне положення екологічної ситуації, в Запорізькій області так само приймаються різні методи щодо поліпшення цього положення, таким чином за 2021 рік було проведено 10 природоохоронних заходів (загальна сума склала 284,4 млн. грн), що призвело до зменшення викидів забруднюючих речовин на 1,6 тис. т.

Структура відходів забруднюючих речовин * в атмосферне повітря за джерелами забруднень(у 2021 році)

Середній показник щільності відходів забруднюючих речовин* від ЗІЗ в атмосферне повітря в розрахунку на 1 км² території області склав 7,1 т (у 2020р. – 7,6 т), на одну особу – 110,1 кг (у 2021р. – 116,7 кг).

У структурі відходів від ЗІЗ* переважили діоксид та інші сполуки сірки (38,6%), оксид вуглецю (32,7%), сполуки азоту (19,2%). Крім того, в 2021 році від ЗІЗ в атмосферне повітря Запорізької області було викинуто 13,9 млн.т вуглецю діоксиду (на 7,1% більше, ніж у 2021 році).

Від усіх Піз і виробничої техніки в атмосферу області в 2021 р. потрапило 76,7 тис. т забруднюючих речовин. Щільність викидів в атмосферу в розрахунку на 1 км² території області склала 2,8 т забруднюючих речовин, на одну особу – 43,6 кг.

Концентрація дрібнодисперсного пилу оцінювалась відповідно рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я.

За добу 12.10.2021 р. радіаційний фон є таким, який не перевищує властивий для цієї території природний фон[29, с.65].

Погані результати здоров'я часто погіршуються через взаємодію між людьми та їх соціальним і фізичним оточенням.

Наприклад, у Запоріжжі живуть у місцях з нездоровим рівнем озону чи інших забруднювачів повітря. Забруднення озоном є високим, часто спостерігається більша поширеність астми, як у дорослих, так і у дітей порівняно із середніми показниками по країні. Погана якість повітря може погіршити симптоми астми, особливо у дітей[44, с.77].

Таким чином, головний фактор впливу який розглядається – це навколишнє середовище: стан повітря в Запорізькій області, як детермінанта здоров'я екологія. Стан повітря незадовільний.

Соціальна детермінанта задовільнена, проте демографічна ні – кілька років тому у Запорізькій області проживало майже 2,5 млн. людей зараз населення скоротилось до 773 тис. По перше тому, що Запорізька область славетна крупними заводами й поганим екологічним станом, по –друге, отут змінюється картина віку захворюваності. Якщо раніш симптоми астми було здебільшого у дорослого населення зараз фіксується все більше захворюваності серед дітей.

Дослідження факторів розділені між різними структурними підрозділами, відсутня збалансована система показників. Наприклад, дані по повітрю знаходяться в екологічних управліннях, а дані по соціальним показникам - у соціальній політиці, проте, в цілому всі фактори діють на здоров'я, відсутня адміністративна узгодженість між управліннями навколо питань розвитку громадського здоров'я.

2.2

2.3

2.4

2.5

2.2.Організаційно управлінська характеристика публічного управління в регіоні

Проведення комплексної реформи охорони здоров'я стало справді історичною подією, створивши підґрунтя для досягнення подвійних цілей: розширення охоплення майже всіх мешканців міста Запоріжжя й області і приборкати неконтрольовані витрати на охорону здоров'я.

Громадські медичні центри добре підходять для того, щоб допомогти нації досягти обох цих цілей.

Заклади охорони здоров'я міського підпорядкування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги населенню, представлені в тому числі 8 центрами первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), до складу яких входять 72 амбулаторії сімейного лікаря; 1 лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги; 10 лікарень загального профілю; 2 дитячі лікарні; 4 пологових будинки; 6 стоматологічних поліклінік; 1 студентська поліклініка, що надає медичну допомогу студентам вищих навчальних закладів I-IV рівня акредитації; комунальні підприємства: «Примула», «Міська стоматологічна поліклініка № 5»; Комунальні заклади: «Міський Центр здоров'я» та КЗ «Інформаційноаналітичний центр медичної статистики департаменту охорони здоров'я Запорізької міської ради». Стаціонарну допомогу надають 17 закладів на 3960 ліжках.

Загальна модель територіального управління публічним здоров'ям (рис. 2.3).

Медична компонента соціальної інфраструктури Запорізької області представлена 128 медичними закладами. Медична інфраструктура області сформована та ведеться активна робота з її удосконалення. За 2020 рр. зменшилася чисельність населення (з 300 до 250 особи), що в середньому припадає на одного лікаря.

в т.ч. МСЧ	1	280	1	280
4. Дитячі міські лікарні	2	655	2	495
5. Госпіталі ветеранів війни	1	110	1	90
6. Міські лікарні швидкої медичної допомоги	1	710	1	710
7. Спеціалізовані лікарні	2	370	1	217
в тому числі:				
- інфекційні	1	320	1	217
- туберкульозні для дорослих	1	50	-	-
8. Психіатричні та психоневрологічні лікарні	4	1169	-	-
9. Заклади з надання психіатричної допомоги	-	-	4	1128
в тому числі:				
«Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги»	-	-	1	893
«Мелітопольський заклад з надання психіатричної допомоги»	-	-	1	60
«Бердянський заклад з надання психіатричної допомоги»	-	-	1	115
«Обласний дошкільний заклад з надання психіатричної допомоги санаторного типу»	-	-	1	60
10. Центральні районні лікарні	19	2325	19	2089
11. Районні лікарні	1	40	1	40
12. Амбулаторії загальної практики-сімейної медицини (самостійні)	5	-	5	-
13. Пологові будинки	4	420	4	420
14. Обласний перинатальний центр	1	124	1	124
15. Диспансери	15	1722	1	75
16. Заклади (центри), які надають спеціалізовану медичну допомогу	2	78	3	656
у тому числі:				
Комунальне некомерційне підприємство «Обласний медичний центр репродукції людини» Запорізької обласної ради	1	48	1	36

Комунальна установа «Запорізький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» Запорізької обласної ради	1	30	-	-
Комунальне некомерційне підприємство «Запорізький регіональний протипухлинний центр» Запорізької обласної ради	-	-	1	305
Комунальне некомерційне підприємство «Запорізький регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр» Запорізької обласної ради	-	-	1	315
17 Комунальне некомерційне підприємство «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» Запорізької обласної ради	1	160	1	160
18. Клініки науково-дослідних інститутів та ВУЗів	1	160	1	160
19. Центр лікувально-діагностичної та лабораторної медичної допомоги	1	-	1	-
20. Медичний центр комплексної реабілітації	-	-	1	-
21. Інші поліклінічні заклади (Комунальна установа «Мелітопольський центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» ЗОР	1	-	-	-
22. Стоматологічні поліклініки	9	-	9	-
23. Центри здоров'я	1	-	-	-
24. Санаторії	8	-	3	-
25. Станції переливання крові	4	-	1	-
26. Бюро судово-медичної експертизи	1	-	1	-
27. Патологоанатомічне бюро	1	-	-	-
28. Обласний центр медико-соціальної експертизи	1	-	1	-
29. Центр медичної статистики	3	-	3	-
30. Будинки дитини	1	-	1	-
31. Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф	1	-	1	-
32 Станції швидкої медичної допомоги	2	-	-	-

Джерело [12]

Таблиця 2.2

Кількість лікарів у Запорізькій області

Адміністративні території	2019 Штатні лікарські посади - всього	2020 Штатні лікарські посади - всього	Різниця між 2020 р. і 2019 р.	2019 Число лікарів фізичних осіб	2020 Число лікарів фізичних осіб	Різниця між 2020 р. і 2019 р.
Запорізька	9 498,75	9 111,00	-387,75	7320	7 023	-297

Джерело[12]

Економічна активність, яку громадські медичні центри генерують у своїх громадах. Були створені нові робочі місця, а в деяких випадках абсолютно нові підприємства, яких раніше не існувало. Оскільки ці центри, розташовані по сусідству та орієнтовані на пацієнтів, настільки тісно пов'язані зі своїми районами, вони часто можуть визначити потреби в галузі охорони здоров'я раніше і розробити ефективні рішення на рівні спільноти, перш ніж інші навіть зрозуміють основну динаміку[32, с.6].

Статут, який створив ці центри, вимагає, щоб вони відповідали чотирьом основним стандартам:

Вони повинні перебувати в громаді з високими потребами або обслуговувати його. Ці райони з недостатнім медичним обслуговуванням визначаються як райони з високим відсотком людей, що живуть у бідності, районами з невеликою кількістю лікарів первинної медичної допомоги, більш високими, ніж в середньому, показниками дитячої смертності і високим відсотком літніх людей.

Вони повинні надавати медичну допомогу всім, незалежно від платоспроможності.

Вони повинні надавати комплексні медичні послуги.

Вони повинні управлятися Громадською радою[33, с. 9].

Всі ради громадських медичних центрів повинні складатися з більшості (не менше 51 відсотка) пацієнтів медичних центрів, які мають повноваження контролювати діяльність центру. Ці повноваження включають затвердження бюджетів, наймання та звільнення керівників вищої ланки та розробку

загальної політики. Ці обов'язкові зв'язки з громадами, в яких розташовані ці медичні центри, гарантують, що вони будуть ефективно і ефективно обслуговувати свої райони. У додатку А приведені заклади охорони здоров'я по Запорізькій області[35, с. 10].

Центр Громадського здоров'я у Запоріжжі з'явився у 2020 році. Стратегічною метою, якого є підтримання діалогу з населенням, щодо профілактики здоров'я по основним детермінантам здоров'я[41, с.12].

Організаційна структура Центру громадського здоров'я:

1. Відділ діловодства та контролю (спеціальності 073 Менеджмент, 081 Право, 281 Публічне управління та адміністрування, 22 Охорона здоров'я).
2. Відділ кадрів та правового забезпечення (спеціальності 073 Менеджмент, 081 Право, 281 Публічне управління та адміністрування).
3. Відділ бухгалтерського обліку і звітності (спеціальність 072 Облік і оподаткування). 2. Заступник директора - керівник економічно-господарської частини (спеціальності 072 Фінанси, банківська справа та страхування, 071 Облік і оподаткування, 075 Маркетинг, 076 Підприємництво, торгівля та біржова діяльність).
4. Планово-економічний відділ (спеціальності 072 Фінанси, банківська справа та страхування, 075 Маркетинг, 076 Підприємництво, торгівля та біржова діяльність).
5. Відділ матеріально-технічного забезпечення (спеціальності 072 Фінанси, банківська справа та страхування, 075 Маркетинг).
6. Сектор маркетингу в охороні здоров'я (спеціальності 075 Маркетинг, 076 Підприємництво, торгівля та біржова діяльність, 281 Публічне управління та адміністрування)
7. Заступник директора – керівник управління стратегічного розвитку і наукової роботи (спеціальності 22 Охорона здоров'я, 281 Публічне управління та адміністрування).

8. Відділ стратегічних досліджень (спеціальності 22 Охорона здоров'я, 281 Публічне управління та адміністрування).

9. Відділ координації інформаційних систем (спеціальності 12 Інформаційні технології, 073 Менеджмент, 281 Публічне управління та адміністрування).

10. Сектор міжнародних зв'язків (спеціальності 29 Міжнародні відносини, 281 Публічне управління та адміністрування, 22 Охорона здоров'я).

11. Заступник директора – керівник центру моніторингу і оцінки (спеціальності 222 Медицина, 228 Педіатрія, 051 Економіка, 229 Громадське здоров'я, 281 Публічне управління та адміністрування).

12. Відділ інфекційних захворювань (спеціальності 222 Медицина, 229 Громадське здоров'я).

13. Відділ неінфекційних захворювань (спеціальності 222 Медицина, 229 Громадське здоров'я). 4.3. Сектор психічного здоров'я (спеціальності 222 Медицина, 225 Медична психологія).

14. Сектор охорони здоров'я в аспекті навколишнього середовища, промислової безпеки та професійних хвороб (спеціальності 222 Медицина, 229 Громадське здоров'я).

15. Відділ захворювань, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив (спеціальності 222 Медицина, 228 Педіатрія, 051 Економіка, 229 Громадське здоров'я, 281 Публічне управління та адміністрування).

16. Заступник директора – керівник центру медичної статистики і аналітики (спеціальності 22 Охорона здоров'я, 112 Статистика, 281 Публічне управління та адміністрування).

17. Відділ медичної статистики (спеціальності 22 Охорона здоров'я, 112 Статистика, 281 Публічне управління та адміністрування)..

18. Відділ економічної статистики (спеціальності 051 Економіка, 112 Статистика, 281 Публічне управління та адміністрування). 6. Заступник

директора - керівник управління інформаційно-комунікаційної роботи (спеціальності 222 Медицина, 229 Громадське здоров'я ,281 Публічне управління та адміністрування, 061 Журналістика, 052 Політологія, 053 Психологія, 054 Соціологія).

19. Відділ пропаганди здорового способу життя (спеціальності 222 Медицина, 229 Громадське здоров'я ,281 Публічне управління та адміністрування).

20. Центр зв'язків з засобами масової інформації та громадськістю (спеціальності 061 Журналістика, 052 Політологія, 053 Психологія, 054 Соціологія).

21. Заступник директора – керівник лабораторного центру (спеціальності 222 Медицина, 229 Громадське здоров'я, 281 Публічне управління та адміністрування).

22. Відділ дослідження фізичних та хімічних факторів (з лабораторією) (спеціальності 222 Медицина, 229 Громадське здоров'я).

23. Відділ дослідження біологічних факторів (з лабораторією) (спеціальності 222 Медицина, 229 Громадське здоров'я).

24. Відділ дезінфектології (спеціальності 222 Медицина, 229 Громадське здоров'я) (рис. 2.4)

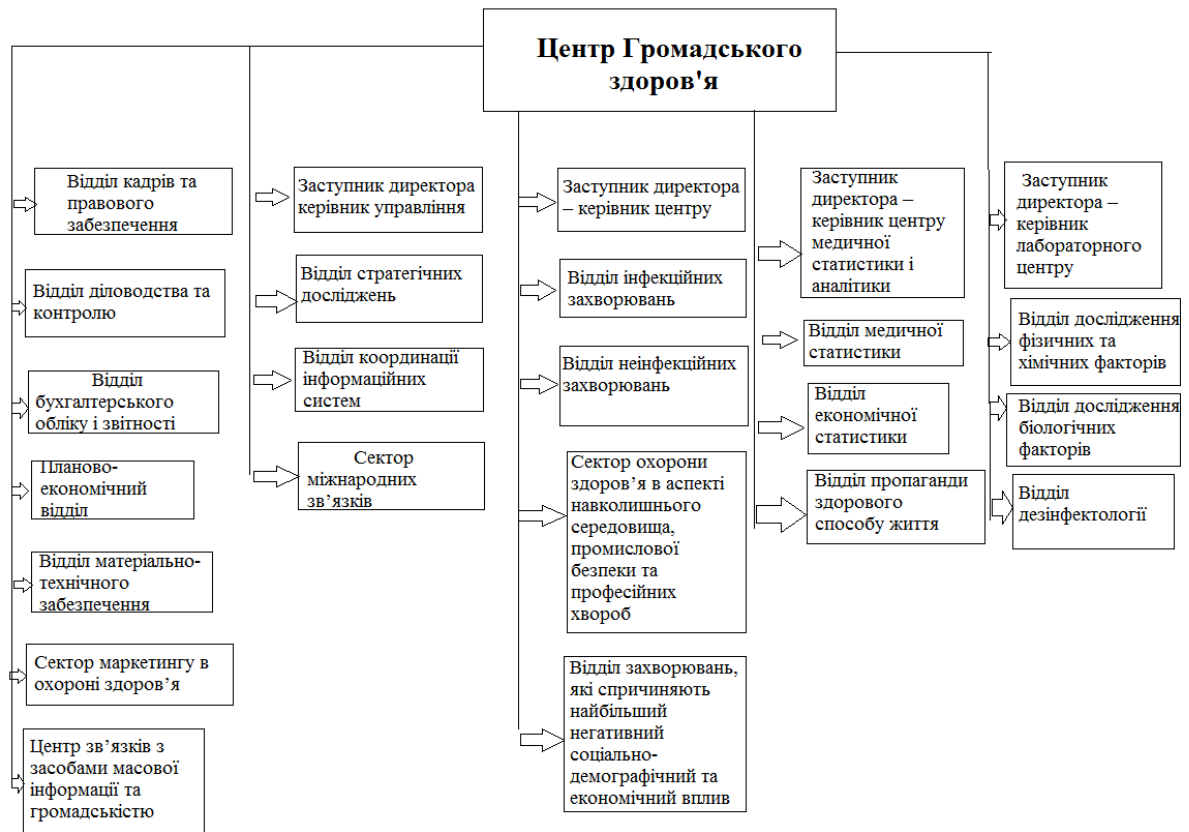


Рис. 2.4 Функціональна структура Центру громадського здоров'я

Джерело [41].

Таким чином, за організаційно-управлінською структурою публічне управління суспільним здоров'ям представлено у вигляді функціональної структури управління центр Громадського здоров'я створене для виконання функцій стосовно забезпечення збереження і зміцнення здоров'я населення, проведення моніторингу захворювань, здійснення групової та популяційної профілактики захворюваності, боротьби з епідеміями та стратегічного управління з питань громадського здоров'я, в регіоні великий потенціал лікарень та лікарів, хоча не все посади зайняті. Для центрів Громадського здоров'я дуже важливо комунікувати з громадськістю, обласними та міськими органами влади для отримання більш вагомих результатів для збереження суспільного здоров'я.

2.3.Оцінка публічного здоров'я мешканців Запорізької області

У пункті 1.3 були описані методики оцінки та описана структура по якій буде проводиться аналітика у своїй роботі я використовую змішані. Так як я беру показники з офіційного сайту Медстатистики то критеріями оцінювання буде на 100 тис. населення.

1. Захворюваність по основним захворюванням, які виділяють у показнику смертність:

Проаналізуємо по даним Медстату стан захворюваності населення Запорізької області. Дані візьмемо за три роки. З сайту а саме: статеві захворювання, злоякісні утворення, туберкульоз, кількість людей з психіологічними розладами та вживаючих психотропні речовини.
<http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html>,

За 2020 рік у Запорізькій області виявлено 565 серед чоловіків злоякісних новоутворень та 478 серед жінок по даним Медстата. У 2019 році серед жінок –578, серед чоловіків -680 випадків. В 2018 році ці показники були майже у 2 рази більше. Помістимо з форми 7 Медстату по віку злоякісні новоутворення табл.2.3. та рис. 2.3.

Таблиця 2.3

Показники захворювання на злоякісні новотворення 2020-2018рр.

Періоди років	2020 рік	2019рік	2018рік
до 1 р.	1		7
1-4 р.	9		6
5-9р.	2		1
10-14р.	7		2
15-19р.	11		2
20-24р.	11		9
25-29р.	11		10
30-34р.	32	1	26
35-39р.	33		32
40-44р.	58	1	55
45-49р.	96	2	110
50-54р.	172	11	190
55-59р.	294	11	420
60-64р.	376	16	506

65-69р.	458	8	611
70-74р.	382	4	357
75-79р.	222	3	388
80-84р.	188	1	240
85 а старші	66		101

Джерело [12]

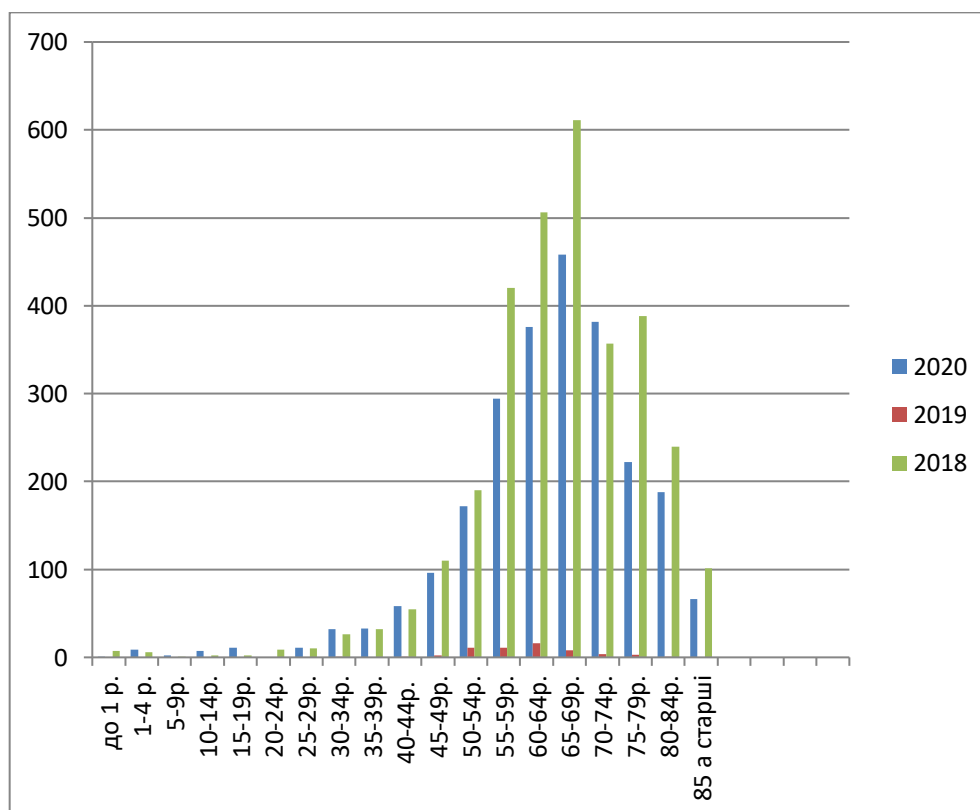


Рис. 2.3 Графік захворюваності за 2018- 2020 рік по даним таблиці 2.3

Джерело [12]

У 2020 році виявили захворювання на злоякісні новоутворення у всіх категорій віку порівняно з 2019 роком був низьким. У 2018 році по динаміці у Запорізькій області на рис. 2.3. більший, аніж у 2020 році.

Захворювання, які передаються статевим шляхом у медстатистиці облік ведеться у звіті №34 рис.2.4

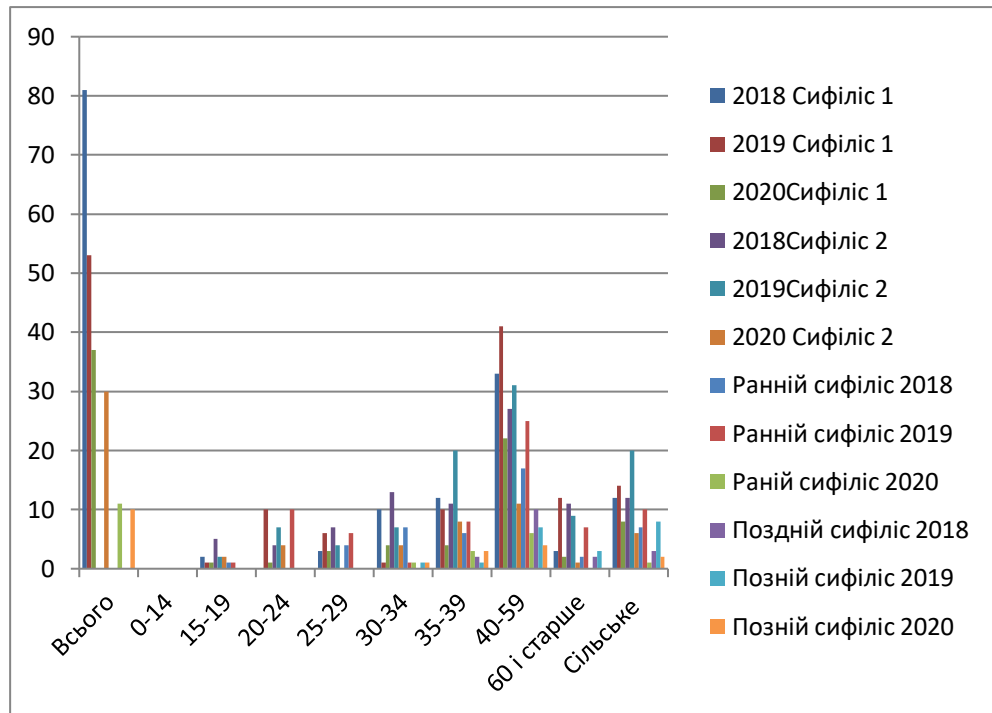


Рис. 2.4 Захворювання, які передаються статевим шляхом (сифіліс).

Джерело [12]

Проведемо аналіз на соціально небезпечне захворювання туберкульоз у Запорізькій області.

Захворюваність на туберкульоз данні за 2020 – 2018 роки (табл.2.4).

Таблиця 2.4

Туберкульоз 2020-2018рр.

Туберкульоз активний	2020	2019	2018
до 1 р.	0	0	0
1-4 р.	5	6	6
5-9р.	10	13	11
10-14р.	11	7	12
15-17р		9	6
18-24	12	28	30
25-34р.	88	101	160
35-44р.	151	204	227
45-54	84	146	148
55-64		106	100
66-65	28	56	45
Туб+СНІД	59	176	149
Сельські жителі	106	197	227
Всього на обліку	970	2874	1057
Померло	57	49	130

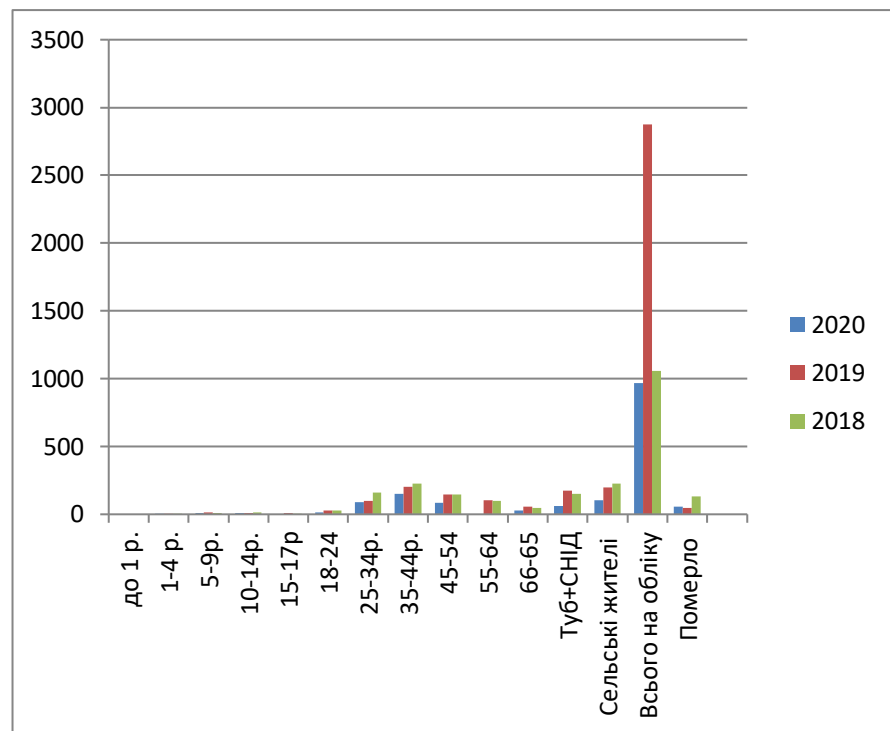


Рис. 2.5 Показники туберкульозу за 2018-2020 рр.

Джерело[12]

Однією з основних причин несприятливої ситуації з ТБ є відсутність програми з інфекційного контролю за туберкульозом, яка передбачає дотримання заходів із запобігання інфікування ТБ у лікувально-профілактичних закладах медичних працівників та відвідувачів, місцях очікування та серед контактних з хворими на ТБ.

Рішення: Забезпечити розробку програми з інфекційного контролю, яка включає навчання медичних працівників та відвідувачів лікувально-профілактичних закладів питанням ТБ (етикету кашлю, розмежування потоків, скринінг пацієнтів з підозрою на ТБ тощо).

Люди вживаючі психотропні речовини з розладом психики у Запорізькій області було у 2018 році – 18231 людей, 2019 році – 17473 людей, 2020 році – 16933 людей, вперший раз – 2018 – 763 людини, 2019 – 637 люд., 2020- 460 люд (рис. 2.6)

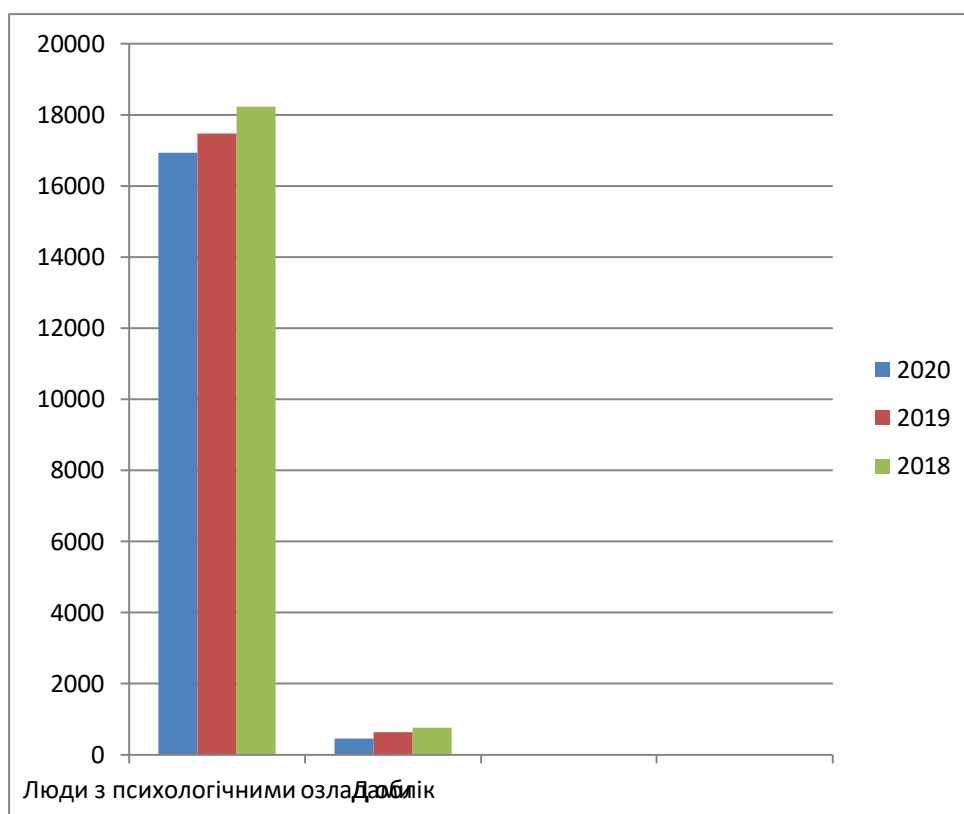


Рис. 2.6 Люди вживаючі психотропні речовини з розладом психіки
Джерело[12].

У 2020 році динаміка йде на зниження порівнянно з 2018 роком.

2. Демографічні показники: тривалість життя, смертність, народжуваність.

Проаналізуємо по даним Держкомстату Запорізької області середню тривалість життя дані занесемо у графік для наглядності зображення рис. 2.7.

Програмами та стратегіями відносно створення умов для зайняття спортом та фізичними вправами займається міністерство молоді та спорту й існують обласні та міські програми.

Нажаль, обласні й міські програми мають відмінності, тому що в області активності більше тому, що жителі області живуть у часних домах й мають здорове харчування. Тому багато молоді у області не займається взагалі спортом, у місті умови змінюються тривалими сідіннями у домі й нерухомим способом життя. Тому спорт це формування здорової звички бути у формі.

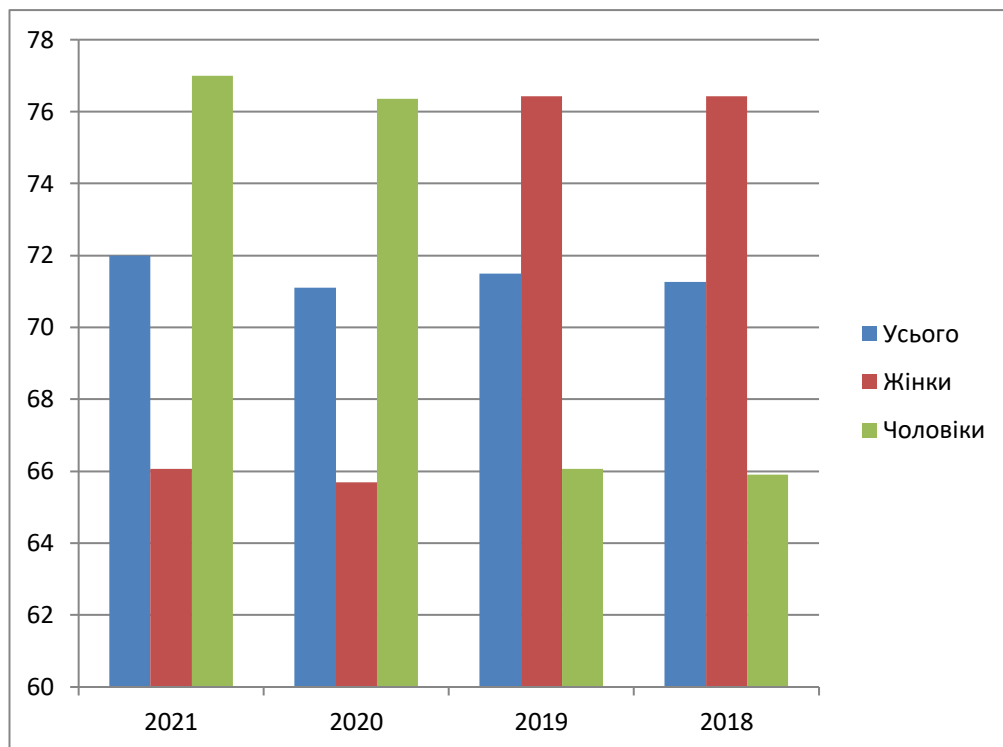


Рис. 2.7 Тривалість життя по даним Держстату

Джерело[22]

Мета чотирьох програм одна донести до населення важливість зайняття спортом й розвинути корисні важливої звички зайняття спортом.

У програмах є очікуванні результати, ризики, бюджет, напрями діяльності, контроль за виконанням програм, розписані стратегічні плани на майбутнє.

Проаналізуємо статистичні дані померлих по хворобам у Запорізькій області за 2020 рік дані візьмео з офіційного сайту Держстату у Запорізькій області <http://www.zp.ukrstat.gov.ua/> рис 2.8.

Проаналізуємо народжуваність у Запорізькій області за три роки, дані занесемо на рис. 2.6 (2020 – 9787 новороджених, 2019 – 10314 новороджених, 2018 – 11975 новороджених).

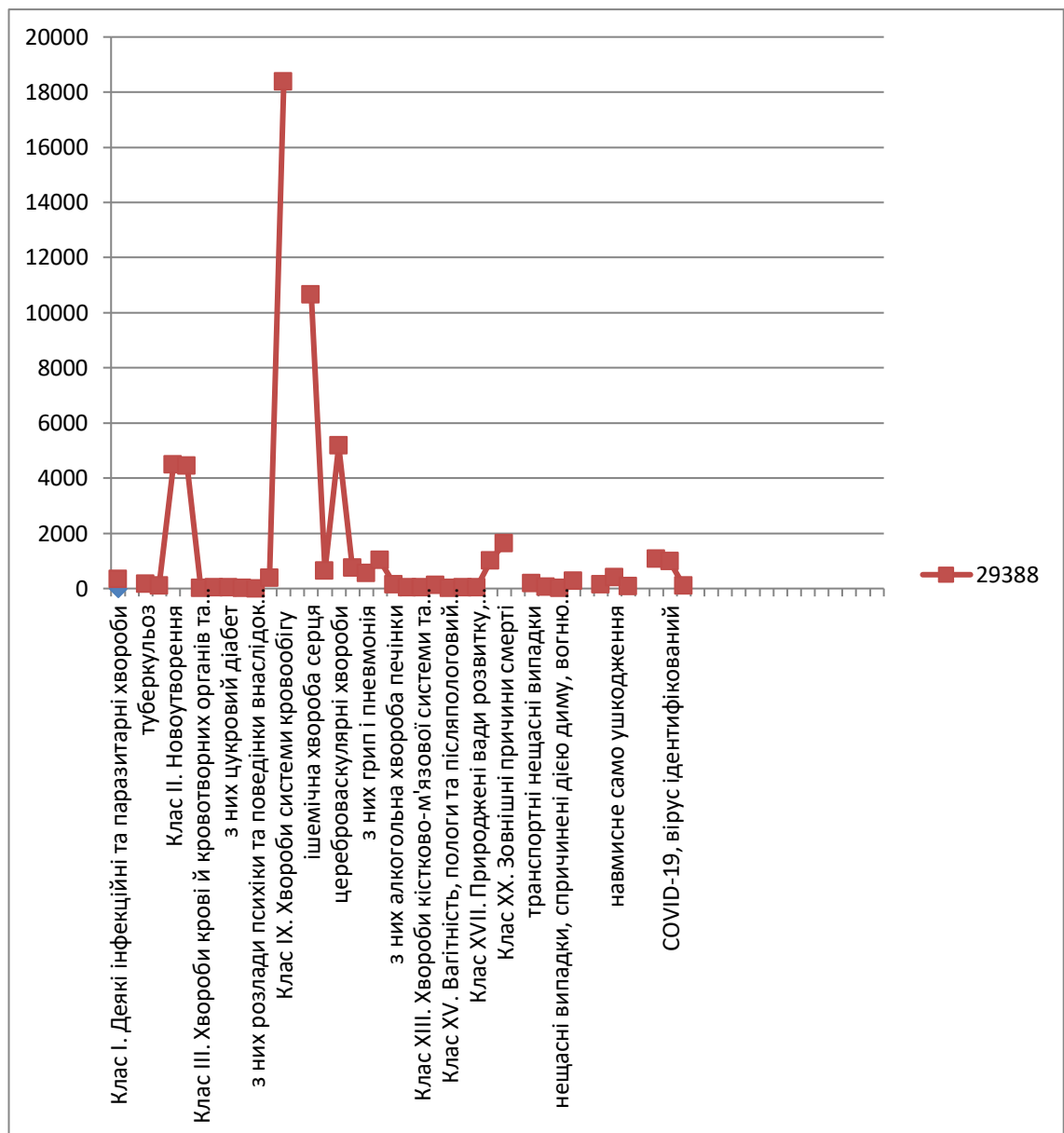


Рис. 2.7 Кількість померлих по хворобам.

Джерело [22]

Сумарний коефіцієнт народжуваності у Запорізькій області є дуже низьким (1,25 народжень в середньому на 1 жінку), що вказує на подальше зниження рівня народжуваності в регіону. Якщо порівнювати показники за 2020 рік 9787 народились, 29388 – померло, то можна сказати, що у Запорізькій області вироджується населення.

Аналізуючи рис. 2.8 можна наголосити на дві основні причини смертей у Запорізькій області: ішемічна хвороба серця та розлади психіки психотропні речовини.

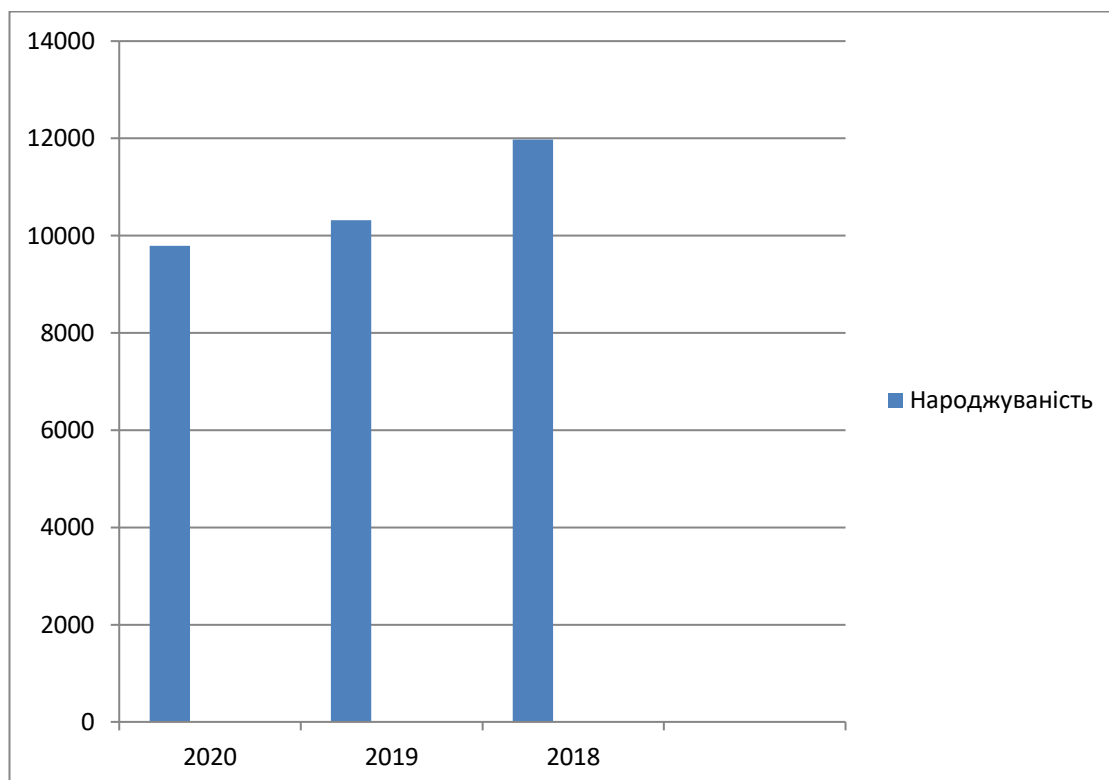


Рис. 2.8 Новонароджені за 2020-2018 роки

Джерело [12].

3. Інвалідність, так як подальше дослідження буде зорієнтовано на підвищення народжуваності проаналізуємо інвалідність серед дітей. Проаналізуємо показник інвалідності серед дітей на рис. 2.9. та табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Інвалідність дітей

рік	2020	2019	2018
Усього	7092	7042	6929
Міське населення	5616	5625	5518
Сільське населення	1476	1417	1411

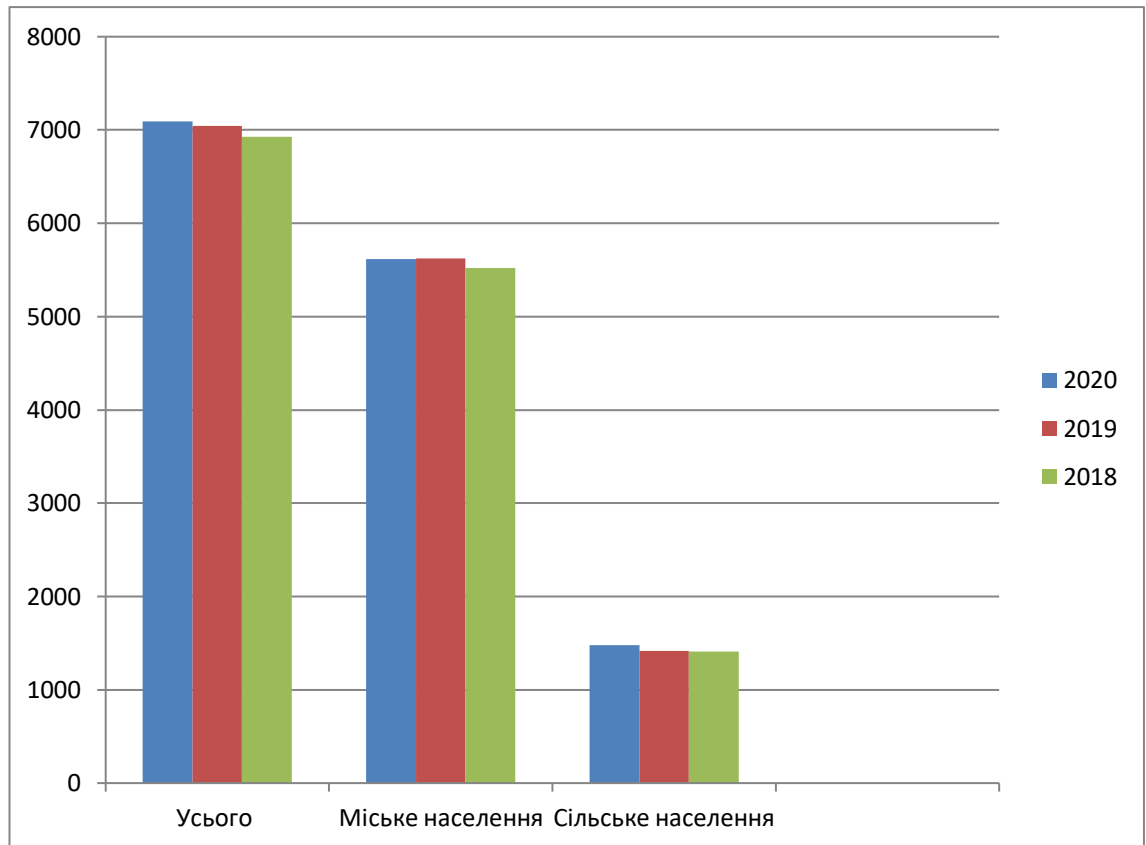


Рис. 2.9 Інвалідність серед дітей

Джерело [22].

Згідно графіку, динаміка у 2020 році виросла. Згідно оцінки Запорізькій області потрібно піднімати народжуваність та рухову активність, як привиття здорового образу життя, щоб профілакувати ішемічну хворобу серця й припрацьовувати досвід Швеції з збільшення фізичних навантажень для того щоб зменшити смертність від психотропних речовин.

Треба розробити програму громадського здоров'я для рішення загальних проблем.

4. Інтегральні:

Комплексна нормативна оцінка (КНО) визначається за формулою, яка описана у пункт 1.3 табл. 2.6:

Таблиця 2.6

Розрахунок комплексна нормативна оцінка

Район	Показники на 1000 нас. (Пр)		Пр / Пн		Інтегральна оцінка
	Захвор	Смертність	Захвор	Смертність	

	юваніс ть первин на	загаль на	немовлят	юваніс ть первин на	загальна	немовля т	показники
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Бердянський	344,5	22,9	35,1	0,84	1,68	1,87	146,33
2. Василівський	764,9	15,7	6,7	1,85	1,15	0,35	111,66
3. Велико- Білозерський	756,9	18,0	44,4	1,84	1,32	2,37	184,43
4. Веселівський	376,7	16,3	15,5	0,91	1,20	0,83	97,9
5. Вільнянський	494,3	21,2	52,2	1,19	1,56	2,79	184,66
6. Гуляйпільський	429,6	19,1	28,2	1,04	1,40	1,51	131,66
7. Запорізький	764,6	20,3	44,9	1,86	1,49	2,40	191,66
8. Куйбишевський	647,5	18,4	19,0	1,57	1,35	1,03	131,66
9. Кам'янсько- Дніпровський	664,9	17,4	30,5	1,61	1,28	1,63	150,66
10. Мелітопольський	559,0	18,7	35,8	1,35	1,38	1,91	154,66
11. Михайловський	389,8	19,5	48,0	0,95	1,43	2,57	165,1
12. Новомиколаївський	409,2	20,2	-	0,99	1,49	-	82,66
13. Оріхівський	465,3	19,6	9,9	1,13	1,44	0,53	103,33
14. Пологівський	474,9	20,5	-	1,15	1,51	-	88,66
15. Приазовський	440,3	17,4	26,3	1,07	1,28	1,41	125,00
16. Приморський	532,3	17,2	14,8	1,29	1,26	1,09	121,33
17. Розівський	507,6	20,7	40,0	1,23	1,52	2,14	163,00
18. Токмацький	723,4	16,2	-	1,76	1,19	-	99,33
19. Чернігівський	447,7	18,5	-	1,08	1,36	-	81,33
20. Якимівський	490,8	15,7	12,0	1,19	1,15	0,64	99,33
Запорізька область	638,5	15,5	21,0	1,55	1,14	1,12	127,00
Норматив (P _n)	412	13,6	18,7				

Джерело нормативи з сайту ВООЗ

Інтерпретація результатів робиться виходячи з того, що чим вищим є отриманий інтегральний показник, тим нижчим є інтегральний рівень здоров'я населення відповідного району і навпаки. Благоприятні райони: Веселівський, Новомиколаївський, Токмацький, Чернігівський, Якимівський.

Індекс здоров'я це $\text{мін} / \text{максимальне значення} - \text{мін значення} = 81,33 / 103,33 - 81,33 = 0,78$, значення менше 1 й це значить, що динаміка індексу здоров'я не відповідає усім нормам на 0,22.

Таким чином, проблема Запорізької області у високій дитячій смертності, високій смертності взагалі й маленького відсотка народжуваності це зв'язано з навколишнім середовищем та що на території Запорізької області функціонує багато заводів без дотримання економічних вимог.

Після дослідження показників потрібно зробити висновок що стан суспільного здоров'я не задовільнений та потребує великих кроків уперед щоб трансформувати увсю дослідницьку базу. Зараз в Україні збираються статистичні дані звітів по медичній статистиці більш ніж 90 з різними цифрами, проте дослідження у сфері громадського здоров'я немає. З того дослідження, яке я пропуную я можу зробити висновок, що потрібна нова система звітів, які будуть допомагати вирішувати питання, які публічні дії потрібно розробляти.

ВИСНОВОК ДО II РОЗДІЛУ

Встановлено фактори впливу на етап суспільного здоров'я в Запорізькій області, а саме детермінанти здоров'я виявлено, що у районі головним негативним фактором є екологія, бо дуже багато промислових підприємств знаходиться у регіоні.

Визначено, що організаційно управлінська характеристика публічного управління перераховані центри медичної допомоги та основні функції громадського центру здоров'я.

Проведено оцінку публічного здоров'я мешканців Запорізької області за три роки: кількість померлих, народжених, по хворобам, тривалість життя, дані узяті у з офіційних сайтів Держкомстату та Медстатистики. Проведено СВОТ – аналіз по факторам здоров'я виявлено, що у Центрі здоров'я більш сил, ніж слабкостей, проте більш загроз, ніж можливостей вирішення. Запропонованно ввести активний фізичний рух для зменшення захворюваності ІБС так, як у регіоні більшість людей помирають з даним діагнозом.

Проведено дослідження інтегральної оцінки, по якій можна сказати, що Запорізька область лідирує по смертності немовлят, смертності взагалі та відстає по показнику народжуваності 191 %.

Зроблено висновок, що цілому по Україні теж така ситуація. Зараз багато фінансування державних органів влади віддіє на боротьбу з Ковід 19 проте немає програм, які б вирівнювали смертність та народжуваність збільшували індекс здоров'я та допомагали оновлювати населення. Здебільшого можна прогнозувати, що з Запорізької області багато мешканців переїдуть у більш благодійні міста й по навколишньому середовищу.

Статистична невизначеність у системі суспільного здоров'я проявляється в тому, що для визначення його оцінки усі дані розкидані по різних джерелах: щоб зібрати оцінку потрібно було за три роки перевернути 150 форм статистичних даних, у яких різнились різні форми. Немає досліджень на цю тему й немає єдиної методики, яка б використовувалась. Запропоновано згрупування фактичних даних та інтегральних.

Виявлено багато проблем в існуючих статистичних даних, наприклад, Ковід -19 то можна знайти статистику захворюваності, проте немає даних кількості щеплень людей, які захворіли на Ковід, у вільному доступі. Має місце показник смертність від захворювання, проте немає даних, скільки дітей, жінок та чоловіків, тільки загальний показник й декілька джерел у яких відрізняються показники. Для отримання більш достовірної інформації немає статистичних форм, які б фіксували окремо це захворювання, не має можливості досліджувати повністю захворюваність.

Таким чином, виявлено проблему недостатньо досліджень, які робляться у сфері громадського здоров'я та немає правильної згрупованості даних.

РОЗДІЛ III Удосконалення впливу публічного управління на підвищення якості суспільного здоров'я на регіональному рівні

3.1 Обґрунтування концепції публічного управління суспільного здоров'я в області

Судячи з даних багатьох країн, як розвинених, так і менш розвинених, ні керівники, ні фахівці в галузі охорони здоров'я, мабуть, не роблять доброї роботи з поліпшення здоров'я населення. Це свідчить про зростаючий розрив у галузі охорони здоров'я між верствами суспільства, зокрема між тими, хто багатий, і тими, хто бідний. У деяких країнах цей розрив зростає швидше, ніж в інших, але ніде він не скорочується, незважаючи на зусилля урядів та їх нове зобов'язання щодо функції громадського здоров'я.

Крім того, заклопотаність з приводу безпеки харчових продуктів і навколишнього середовища сприяла широкому поширенню думки про те, що уряд не приділяють достатньо пріоритетної уваги питанням громадської охорони здоров'я. Навіть в рамках систем охорони здоров'я фахівці в галузі громадської охорони здоров'я, мабуть, не в змозі домогтися поліпшення здоров'я свого населення[44, с.35].

Здебільшого ресурси, що виділяються на охорону здоров'я, і увага, що приділяється їм з боку директивних органів, як і раніше, в основному спрямовані на надання невідкладних медичних послуг. Занадто часто Медичні послуги розглядаються переважно, як послуги з лікування хвороб. Ці спостереження досить послідовно застосовуються у всьому світі.

Все більше уваги приділяється проблемам громадської охорони здоров'я та більш широким детермінантам здоров'я. Є одна дуже важлива причина для цього розвиток: сильна діяльність в галузі суспільної охорони здоров'я в державах-членах, багато з яких абсолютно різних охорони здоров'я систем, вже приносить результати, що показують що основний приріст здоров'я населення дійсно може бути досягнуто шляхом нові підходи до зміцнення

здоров'я та профілактика захворювань і більше ефективне управління медичної допомоги.

Однак, незважаючи на інтерес до громадської охорони здоров'я з боку директивних органів, функція профілактики як і раніше не забезпечена достатніми ресурсами на рівні своєї інфраструктури, щоб мати можливість виконувати важливу роль, за яку вона виступає. Існують зовнішні сили (фінансові установи, торгові угоди і т. д.), стимулюючі зміни, які можуть викликати тиск на реформування, яке відбувається у галузі охорони здоров'я.

Порядок денний в галузі охорони здоров'я часто не є їх пріоритет[45, с.65].

Є, принаймні, два наслідки:

- величезна трата ресурсів на заходи в нижній течії через відсутність заходів у верхній течії;
- рівні здоров'я, досягнуті населенням, значно нижче того, що могло б бути досягнуто, якби знання в галузі охорони здоров'я застосовувалися більш активно, незважаючи на більш сильний підхід та інфраструктуру в галузі охорони здоров'я.

Обговорення Громадського здоров'я дуже актуально для країн, що розвиваються. Однак у всіх країнах, як розвинених, так і розвиваються, також неминуче існують різні потреби, оскільки країни знаходяться на різних стадіях розвитку.

Реформа сектору охорони здоров'я: реформа державного сектору, орієнтована на економіку, а не на охорону здоров'я; і прийняття пакету змін, включаючи поєднання державного та приватного секторів, перехід від колективного фінансування до індивідуальному, децентралізацію та визначення пріоритетів, що включають мінімальний пакет або кошик послуга

Незважаючи на останні спроби переорієнтувати або збалансувати політичний порядок денний в інтересах охорони здоров'я населення, прогрес залишається розчаровує з точки зору результатів і впливу. Більше уваги приділяється аналізу проблем, а не діям щодо їх вирішення[46, с. 128].

Для пояснення цієї невдачі в реалізації було висунуто безліч причин, але серед них - проблема з потенціалом в галузі управління громадською охороною здоров'я, а також постійна стурбованість систем охорони здоров'я послугами з лікування. Це не маловажні питання, але надмірна концентрація на них призвела до маргіналізації, можливо, інших не менш важливих аспектів політики в галузі охорони здоров'я, пов'язаних з впливом медичних послуг та інших державних стратегій на здоров'я населення.

Деякі дисбаланси та упередження в системах охорони здоров'я глибоко вкорінені. Дійсно, існує ряд так званих "простих істин" про системи охорони здоров'я, які діють як обмеження на будь-які спроби змінити політику в галузі охорони здоров'я[46 с. 98]. Можна виділити шість:

- системи охорони здоров'я хочуть рости - вони за своєю природою експансіоністські;
- більш високі витрати на охорону здоров'я не обов'язково призводять до поліпшення стану здоров'я;
- загальний доступ до медичного обслуговування не призводить до загального доброго здоров'я;
- Поінформованість громадськості про ризики для здоров'я покращилася, навіть якщо більша частина цього обумовлена засобами масової інформації з наслідками, пов'язаними з таким розвитком подій;
- Охорона здоров'я майже завжди перемагає у конкурентній боротьбі за ресурси-навіть коли уряди заявляють про свою відданість охороні здоров'я та профілактиці, вони часто не підкріплюють це перерозподілом ресурсів;
- зміна розподілу стану здоров'я за допомогою стратегій Висхідного потоку надзвичайно складно при втручаннях, спрямованих на благо знедолених

Здорові спільноти, як правило, залучають інвестиції, а нездорові-ні. Проте Уряду в цілому не обізнані про ці проблеми.

Здоров'я не є основним, незважаючи на політичну риторику, яка його

оточує. Функція громадської охорони здоров'я страждає від маргіналізації з точки зору національної та місцевої політики та від відсутності керівництва, яке часто приносить користь вже знаходяться у вигідному становищі, тим самим збільшуючи нерівність і погіршуючи здоров'я.

Система охорони здоров'я прагне досягти багато в чому того ж результату, а саме інвестицій в основний капітал для досягнення економії на наступних етапах. Кращі результати-це об'єднуюча концепція. Але глибоко вкорінені упередження в політичних системах у поєднанні з тимчасовими проблемами (тобто тиск, спрямований на досягнення короткострокових, помітних поліпшень в галузі охорони здоров'я при одночасному приділенні меншої уваги або повному ігноруванні довгострокових проблем) створюють серйозну напруженість. Навіть у тих випадках, коли суспільне здоров'я, на відміну від охорони здоров'я, займає важливе місце в політичному порядку денному, воно залишається крихким і не є ключовим, незважаючи на політичну риторику, яка його оточує. Здоров'я ще не може розглядатися як центральне для досягнення мети сталого розвитку.

Зв'язок між економічною та соціальною політикою, включаючи охорону здоров'я, є загальноприйнятою – інвестиції в охорону здоров'я вважаються економічно доцільними на тій підставі, що здорове співнота також є економічно успішним;

При слабких або взагалі відсутніх громадських дебатах важко сформулювати електорат для змін; громадськість все більше орієнтується на споживача і дотримується індивідуалістичних поглядів, коли мова заходить про спосіб життя з ослабленням зв'язків з колективістським духом або принципом солідарності, який лежить в основі багатьох систем охорони здоров'я та соціального забезпечення;

Системи охорони здоров'я страждають від фрагментації навіть у той час, коли уряди бере участь у зусиллях щодо сприяння спільних політики та реалізації; ініціативи щодо створення державно-приватних партнерств у місцевій здоров'я економіки, які б або зробити управління громадського

здоров'я складніше або надати курок для нових видів партнерства, які починають демонструвати, чого може досягти; в той же час очевидно врівноважуючий тиск для більшої передачі повноважень, оскільки тиск, що діє з метою централізації контролю за напрямком розробки політики.

Функція громадської охорони здоров'я страждає від маргіналізації з точки національної та місцевої політики та від відсутності керівництва; залишається неясним, чи краще займатися громадською охороною здоров'я в рамках систем охорони здоров'я або потрібна інша база за межами служб охорони здоров'я, щоб забезпечити їм велику незалежність від тиску систем охорони здоров'я, які незмінно домінують у порядку денному.

Громадська охорона здоров'я страждає від того, що занадто багато уваги приділяється аналізу і придбання або уточнення знань за рахунок використання бази знань і застосування її на практиці; необхідно чітко визначити характеристики та якості керівника громадської охорони здоров'я та розробити необхідні навчальні програми

Прогрес, мабуть, застопорився різними угрупованнями в галузі охорони здоров'я на всіх рівнях політичної системи. Винятки, мабуть, виникають в результаті сильного керівництва, яке долає бюрократичну інерцію, та / або наявності щедрого фінансування, що забезпечує стимул до співпраці та досягнення успіху. Однак здебільшого установи щосили намагаються приділяти пріоритетне увага мандату в галузі охорони здоров'я.

Краще взаєморозуміння між фахівцями в галузі громадської охорони здоров'я та керівниками систем охорони здоров'я, які займають два досить різних табори, може привести до нового способу мислення і прискорити відповідні дії. Але для того, щоб це сталося в значних масштабах, громадська Охорона здоров'я повинна розглядатися як відповідальність кожного. Громадська Охорона здоров'я не може залишатися прерогативою кількох практикуючих лікарів, які пройшли підготовку за фахом "Медицина громадської охорони здоров'я", яких або ігнорують, або кооптують в управлінні службами охорони здоров'я, тим самим випускаючи з уваги їх

основну функцію. Це робиться для поліпшення здоров'я населення, за яке вони несуть відповідальність[47, с. 75].

Громадська охорона здоров'я визначається як «наука і мистецтво профілактики захворювань, продовження життя і зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства. Крім того, синтез багатьох визначень громадської охорони здоров'я привів до еволюції шести основних принципів сучасної теорії та практики громадської охорони здоров'я.

Управління громадською охороною здоров'я було визначено як оптимальне використання ресурсів суспільства та його медичних послуг з метою поліпшення стану здоров'я населення.

Треба чітко розділяти поняття громадського здоров'я та охорони здоров'я та роль в публічному управлінні.

Відмінними рисами управління громадською охороною здоров'я · є багатосекторальним і професійним

- поєднує знання і дії;
- в основі своєї має епідеміологію;
- впливає на всі детермінанти здоров'я;
- включає звітність в галузі охорони здоров'я, що веде до розробки стратегії охорони здоров'я;

- спілкується з політиками, професіоналами та громадськістю;
- надає організаційний і фінансовий вплив;
- лежить в основі громадянського суспільства.

Ролі управління громадською охороною здоров'я:

- інформаційно-пропагандистські та управлінські ролі;
- управлінський потенціал та інфраструктура;
- створення мереж для створення партнерських відносин між організаціями та дисциплінами;
- широке залучення людей і навичок;
- інфраструктура та навчальні програми для освіти;
- політика і практика, засновані на фактичних даних;

- орієнтація на кінцевий результат;
- національна програма досліджень в галузі охорони здоров'я та медичних послуг[48, с.68].

Проблемні аспекти центру Громадського здоров'я з питання реалізації, що відображають його націленість на нарощування потенціалу робочої сили, на яку покладено завдання поліпшення здоров'я громади. Поняття реалізації набуває все більшого значення у всіх системах охорони здоров'я, оскільки директивні органи прагнуть зміцнити інфраструктуру для досягнення політичних цілей.

Громадське здоров'я по суті пов'язане з дією і зі здійсненням змін. Йдеться, перш за все, про нарощування потенціалу в метю підвищення шансів на ефективну реалізацію політики. Для того щоб суспільне здоров'я стало реальністю, необхідний новий штат менеджерів і практиків, які поділяють загальну основну навчальну програму у своєму навчанні та розвитку. Без елемента міждисциплінарної підготовки неможливо передбачити будь-якої успіх в об'єднанні керівників систем охорони здоров'я та практикуючих фахівців в галузі громадської охорони здоров'я. Навіть в співтоваристві громадської охорони здоров'я існує безліч окремих груп, кожна з яких має свої власні можливості для навчання. Занадто часто вони служать для зміцнення бар'єрів, а не для їх розмивання[49, с.54].

Питання полягає в тому, чи здатне управління громадською охороною здоров'я служити інструментом, необхідним для здійснення змін та сприяння реалізації політики. Саме слабкість інфраструктури, завдяки якій політика втілюється в конкретні дії, сприяла провалу неодноразових спроб вивести обговорення політики за рамки збереження ухилу у бік наступного порядку денного, орієнтованого на послуги з лікування.

Протягом останніх трьох років рішення більш широкого порядку денного в галузі охорони здоров'я більшою чи меншою мірою було пріоритетом. Але зберігається напруженість у політиці охорони здоров'я, а саме між розробкою довгострокової програми громадської охорони здоров'я,

з одного боку, і покращенням швидкого доступу до невідкладних послуг, з іншого боку, зберігається і, як правило, проявляється в користь негайної, короткострокової порядку денного. Звичайно, поліпшення доступу до медичних послуг може в значній мірі сприяти зміцненню здоров'я і підвищенню якості життя, але як і раніше часто мова йде про лікування симптомів, а не корінних причин. Що відсутнє в процесі розробки політики, так це будь-яка спроба забезпечити підтримку балансу. Необхідно враховувати як висхідні, так і низхідні детермінанти здоров'я. Економічна і соціальна політика повинні бути взаємодоповнюючими

Запорізька система надання медичної допомоги потребує фундаментальних змін. Вона не в змозі найкращим чином використовувати свої ресурси. Фрагментація послуг, дублювання та надмірне використання - ось деякі з виявлених недоліків. Вони стають більш гострими, коли виникають хронічні стани основна причина хвороб, інвалідності та смерті.

Існує необхідність у більш скоординованих послугах по всьому спектру медичної допомоги. Зміни повинні бути радикальними і вимагають лідерства, потреба в якому ніколи не була така велика.

Проблема в основному полягає в переході від теорії до дії, оскільки діагностика проблеми добре задокументована, і існують докази, що стосуються вигод, які можуть бути досягнуті в результаті прийняття більш активної політики в області висхідного потоку. Крім того, результати досліджень здоров'я населення ще належить від політичного інструменту чи стратегії втручання.

Концепція Громадського здоров'я є спробою забезпечити основи для такого інструменту шляхом поєднання прийняття рішень на основі знань із навичками, вносити зміни та діяти відповідно до знань.

Пов'язаною проблемою громадського здоров'я є нездатність здійснювати передову практику, як би це не було визначені та розповсюджені серед населення та географічних областей.

Громадське здоров'я вимагає особливих навичків, особливо щодо

управління змінами та лідерство[50, с.65].

Традиційні моделі громадського здоров'я і навчальні програми не розглядали їх як відповідний або важливий інструмент для спеціальності громадського здоров'я. Але щоб бути ефективним, охорона здоров'я менеджери повинні володіти як громадським здоров'ям, так і управлінськими навичками. Наразі зараз дефіцит навичок. Як зазначалося раніше, досягнення здоров'я - цілі не можуть бути досягнуті через систему охорони здоров'я, що діє ізольовано. Партнерська робота необхідна для нарощування потенціалу.

Ключовими проблемами Громадського здоров'я на рівні публічної політики є:

- Бачення. Існують певні дебати щодо того, чи мають ті уряди, які намагалися сформуванню бачення охорони здоров'я відступили від своїх початкових зобов'язань. Забезпечення ефективних зв'язків лежить в основі зобов'язань багатьох урядів щодо політики «об'єднання», але це так що виявляється важко забезпечити на практиці;
- політичне лідерство;
- підходи до формування політики центрального уряду, які підтримують бачення та забезпечують керівництво;
- механізми здійснення публічної політики через регіони, населені пункти та громади, які служать як інструменти для реалізації.

При розгляді питання про політичне керівництво функцією громадської охорони здоров'я виникають питання, пов'язані з роллю міністрів, що несуть особливу відповідальність за громадську охорону здоров'я. Ймовірно, місце розташування посади менш важливо, ніж визнання того, що, де б вона не знаходилася, як і раніше буде необхідно забезпечувати ефективну координацію з іншими урядовими міністерствами та відомствами. Тим не менш, зберігається загальна стурбованість з приводу того, що розміщення посади в департаменті охорони здоров'я, основним завданням якого є надання медичних послуг, може привести до того, що ця роль буде відсунута на другий план або відсунута на другий план більш безпосереднім тиском, що виходить

від сектора охорони здоров'я.

Очевидно, що той, хто займає таку міністерську посаду в будь-якому уряді, повинен вміти надавати вплив на всі державні відомства, мати підтримку, щоб мати можливість створювати бюджети або впливати на них на міжвідомчому рівні, а також притягати до відповідальності інші державні відомства (включаючи державних службовців). Є аргументи на користь того, що лідерство має виходити з центру уряду, тобто з канцелярії прем'єр-міністра, або, в іншому випадку, з іншого урядового відомства, наприклад, займається питаннями навколишнього середовища або освіти. Підходи центрального уряду до розробки політики «Об'єднане» мислення і дії-Комплексне формування і реалізація політики-є ключовими 'процесуальними' цілями державної політики[51, с.36].

Задля їх досягнення існують різні механізми, в тому числі наступні:

- Міжвідомчі координаційні групи;
- міністри, відповідальні за такі питання, як суспільна охорона здоров'я, жінки, сім'я, які виходять за традиційні відомчі кордони;
- ініціативи, що вимагають Міжвідомчої прихильності-програми профілактики насильства та травматизму; програми з підліткової вагітності ; регулювання та програми в галузі тютюну та охорони здоров'я.
- загальні підходи до вирішення проблем-наприклад, виділення ресурсів на регіональні ініціативи або «зона»;
- оцінка впливу пропозицій щодо політики;
- зусилля з вироблення загальних підходів до підвищення продуктивності.

До справді об'єднаного підходу ще далеко, але вони сповнені рішучості досягти цієї мети. Дилема ініціатив Запорізької ради, які зачіпають одних і тих же людей у місцевих районах, але які здійснюються окремо і не пов'язані один з одним.. Об'єднаний уряд має підтримуватися чи не риторикою або благими намірами, а сильними стимулами і стійкою політичною прихильністю.

Запорізькій раді могло б бути більш терміново необхідно як розробити оцінку впливу політики на здоров'я, так і інтегрувати її з оцінкою впливу в інших областях, наприклад, оцінкою впливу на навколишнє середовище. Прихильність оцінці впливу на здоров'я слід розглядати як один з порогових критеріїв міжвідомчого партнерства. Мінімальна вимога полягає в тому, щоб політика не мала негативного впливу на здоров'я, хоча слід очікувати, що вона надасть деякий позитивний вплив.

У Запорізькій області, як і раніше не приділяється належної уваги питанням охорони здоров'я в обласній раді. Численні ініціативи щодо вирішення питань охорони здоров'я, хоча і вітаються, не об'єднуються. Департамент охорони здоров'я повинен розглядати питання про те, як взаємодіяти з іншими державними відомствами і як вони можуть використовувати можливості для більш енергійного захисту інтересів громадської охорони здоров'я.

У довгостроковій перспективі необхідно ефективно просувати і поширювати інформацію про пріоритети громадської охорони здоров'я. Занадто часто громадська охорона здоров'я реагує або реагує, а не ініціює або веде. У більшості в громаді виникає питання про те, чи існує адекватна поточна стратегія комунікації та розвитку в галузі політики громадської охорони здоров'я. Це контрастує з увагою, що приділяється моніторингу тенденцій в списках очікування в лікарнях і затримок у доступі до медичної допомоги.

Ефективне здійснення вимагає міжвідомчих і міжвідомчих підходів з горизонтальною інтеграцією на місцевому, регіональному, національному та міжнародному рівнях та вертикальною інтеграцією цих рівнів[52, с. 51].

Підвищення якості практики вимагає:

- Інформація-докази того, що працює, і передової практики, адаптованої до місцевих потреб;
- Комунікація-допомагає місцевим установам побачити зв'язки між їх діяльністю та національними рамками громадської охорони здоров'я.

- Навчання і розвиток потенціалу - з урахуванням різноманітності організацій, дисциплін та професійних культур, що беруть участь у новому суспільному охороні здоров'я
- Розробка стандартів, заснованих на фактичних даних. Не обов'язково мова йде про нові ресурси, але про більш ефективне використання того, що вже існує-вкрай важливо впроваджувати ініціативи в основне русло, включаючи їх фінансування; занадто часто безліч добромисних схем підлягають короткостроковому фінансуванню.
- Взаємодія з спільнотою / клієнтами-люди, для яких життя важке, не мотивовані вести здоровий спосіб життя або брати участь у громадських програмах з причин громадянської заклопотаності або самовираження. У них дійсно є набір основних матеріальних потреб, які їх зацікавляють. Вони стосуються хорошого житла, чистого навколишнього середовища та свободи від злочинності/наркотиків.

Управління громадською охороною здоров'я в рамках інтегрованої системи охорони здоров'я охоплює ряд питань, включаючи:

- Рамки національної політики;
- Інтеграція або деінтеграція;
- Організаційні варіанти;
- Управління та фінансування.

Політична прихильність зверху необхідна для того, щоб порядок денний в галузі громадської охорони здоров'я виходив за рамки красивих слів. Повинні бути національні цілі і завдання, а також чіткі і ясні політика, стратегії та пріоритети.

Фінансування має ґрунтуватися на потребах населення.

Для досягнення інтеграції необхідно виконати ряд умов, в тому числі:

- Прийняття акценту на результатах в галузі охорони здоров'я,
- Безпека ресурсів громадської охорони здоров'я,
- Грамотна закупівля,
- Організація і мережа провайдерів,

- Політична прихильність.

Навчання менеджерів у сфері громадського здоров'я одна з важливих задач, яка стоїть перед Центром громадського здоров'я у м. Києві. Зміст навчання для менеджерів може включати деякі або всі з наступних тем:

- оцінка потреб у галузі охорони здоров'я;
- профілактика;
- використання теорій зміни поведінки;
- створення мереж і альянсів;
- стратегічне управління та планування;
- альтернативні системи складання бюджету;
- розробка показників ефективності;
- бізнес-планування;
- управління проектами в галузі охорони здоров'я;
- управління в складних адаптивних системах, що характеризуються міжсекторальними створення і зміцнення політичних мереж влада і політика;
- розробка місцевої стратегії;
- оцінка клінічних послуг;
- дослідження в галузі охорони здоров'я.

Можливо, замість зміни існуючих програм і курсів більш ефективним способом просування вперед може бути розробка нових можливостей навчання, адаптованих до конкретних потреб учнів, в консультації з ними, наприклад, система, пов'язана з первинною медичною допомогою, яка є основою системи.

Проблеми громадського здоров'я в сучасних складних суспільствах не можуть бути вирішені без ефективної інфраструктури громадської охорони здоров'я, але деякі країни також мають у своєму розпорядженні необхідною політикою і ресурсами для забезпечення ефективного функціонування функцій громадської охорони здоров'я на національному та субнаціональних рівнів або готові навчити фахівців громадської охорони здоров'я необхідним

навичкам, щоб повною мірою використовувати їх потенціал для поліпшення здоров'я населення.

Поняття менеджмент громадського здоров'я пропагувалося як один із засобів вирішення цих проблем і дефіциту. Це не панацея від існуючих недоліків, але вона визнає важливість кадрів громадської охорони здоров'я, що володіють необхідними навичками для виконання завдань, з якими їм доводиться стикатися. Громадське здоров'я, на відміну від охорони здоров'я, ще недостатньо серйозно розглядається при плануванні і складанні бюджету охорони здоров'я. Існує необхідність в стимулах для заохочення мислення з точки зору народонаселення. Зв'язок між місцевими та національними рамками є проблематичним.

Це може бути результатом децентралізації, відсутності належних політичних рамок або надмірного впливу донорів (часто суперечливого) на політичні рамки. Розвиток політичних мереж має важливе значення на національному та місцевому рівнях. Сектор охорони здоров'я повинен бути включений в загальний політичний порядок денний. Існує потреба в моделях комплексного догляду. Перш за все, необхідно посилити управління за допомогою різних засобів, включаючи короткострокові курси та інші види навчання. Така підготовка може включати людей з інших секторів, крім охорони здоров'я, щоб продемонструвати широту охоплення громадської охорони здоров'я.

Прийняття міжнародної перспективи тягне за собою наступне:

- Процеси навчання (в тому числі з півдня на північ в таких областях, як робота з громадами, працівники первинної медико-санітарної допомоги);
- Контекстуалізація краще імпорту стандартних пакетів реформ;
- Дослідження в галузі охорони здоров'я для поліпшення бази знань;
- Уточнення та узгодження ролей ВООЗ / Світового банку: пропаганда політики серед міністерств;
- Потенціал: перевага віддається його створенню в країні.

Основну увагу слід приділяти розробці принципів, а не розробці плану. Деякі ключові принципи можуть бути взяті з досвіду ряду країн, які можуть мати основне значення для успішного застосування підходу менеджменту громадського здоров'я[32 с.189].

Таким чином, громадська Охорона здоров'я може знайти законне місце в інтегрованому наборі послуг постачальника і, отже, отримати рішучу підтримку в рамках системи постачальників. Вирішальне значення для успіху цієї інтеграції має тверда прихильність Запорізької ради досягненню результатів в галузі громадської охорони здоров'я для всіх постачальників послуг, тим самим посилюючи внесок.

Охорона здоров'я може внести в інтегровану систему постачальників послуг.

Укладання контрактів на результати / результати з огороженням фінансування громадської охорони здоров'я може забезпечити належне місце для громадської охорони здоров'я в рамках інтегрованої системи постачальників послуг

Організована первинна медична допомога є ключовим підрозділом інтегрованої районної системи охорони здоров'я з симбіотичними відносинами з громадською охороною здоров'я[34, с.55].

Концепцією громадського здоров'я затвердженого розпорядженням Кабінетом міністрів схвалено 30.11.2016 р. у розділі шляхи та розв'язання проблем було запропоновано одним із рішень: покращення якості послуг, що надаються лабораторними установами, шляхом стандартизації порядку і процедур діяльності, розвиток існуючої мережі референс-лабораторій, запровадження нових методик проведення досліджень.

Таким чином, щоб здійснити пункт концепції та провести дослідження у сфері громадського здоров'я з урахуванням публічного адміністрування пропоную на базі медичного закладу відкрити лабораторний кабінет, який буде запроваджувати даний пункт у дії, так як громадські центри, як було описано у параграфі 3.1 це - Центри для оперативних дій та вирішення проблем з

підтриманням суспільного здоров'я на різних рівнях. Також пропоную дослідження робити два роки для опрелюдження їх. На основі дослідження можна знайти причину зменшення народжуваності та помилку яку пропонують багато вчених, які просто переписують деякі дослідження з аналізом не інтегруючи під реалії України.

Наприклад, дослідження СНІДу, яке не можна взяти як доказову базу тому що у трьох різних джерел різні цифри по Запорізькій області. Їх потрібно комбінувати та впроваджувати нові форми й дослідження не беручі до уваги міжнародний досвід напрацьовувати свої форми.

3.2 Розробка моделі функціонування суспільного здоров'я мешканців регіону

Обґрунтуємо модель функціонування суспільного здоров'я мешканців регіону на прикладі створення і функціонування науково-діагностичного центру діагностування УЗДвагітних з метою скорочення дитячої смертності та збільшення народжуваності.

З пункту 2.3 можна побачити тенденцію зменшення народжуваності та збільшення смертності, захворюваність ІБС являється причиною смертності з аналізу потрібно скласти міську цільову програму «Громадське здоров'я» на 2023 – 2026 роки для пологових будинків з пілотним проектом одного кабінету генетичного дослідження фертильного віку жінок на базі концепції громадського здоров'я затвердженого розпорядженням Кабінетом міністрів схваленому 30.11.2016 р.

Метою більш детального діагностування є зменшити дитячу смертність за рахунок своєчасного діагностування УЗД та збільшити народжуваність. Для того, щоб діагностувати хромосомні аномалії (спадкове захворювання, обумовлене зміною набору певного числа хромосом) або вроджені вади плоду і уникнути смертності серед дітей та вагітних, а так само щоб народжувалися

здорові діти необхідно проводити ультразвукове дослідження, як в I так і II триместрі вагітності.

Сучасні можливості, якими користуються світові клініки, дозволяють з ряду існуючих порушень у плоду виділити найбільш значущі, достовірні ультразвукові діагностичні маркери, які допомагають визначити діагноз для різної етіології ВВР і ХА[35, с. 59].

Ультразвукове дослідження є одним з дієвих методів, де за допомогою візуалізації 2D або 3D, на основі використання високочастотних звукових хвиль, поперечного зображення живота, можна відстежити всі зміни плода, які відбуваються на різних періодах вагітності. Ультразвуковий апарат складається з: монітора, клавіатури, процесора, пристрої для зберігання даних і датчика або перетворювача.

Останнім часом за кілька років додано ще 4D і 5D зображення, на якому можна розглянути навіть міміку ненародженої дитини. З розвитком технологій, звичайно, в апарати УЗД запроваджено нові функції, зараз можна детальніше розглянути будь-яке дослідження, візуалізувати всі процеси, які відбуваються з ембріоном, завдяки цьому нововведенню, можна виявити будь-які патології швидше і почати лікування вже в утробі матері.

УЗД буває чотирьох видів, але для вагітних застосовують два:

- абдоміальное дослідження;
- трансвагінальне дослідження;

Абдоміальное дослідження із застосуванням датчика зовнішнього типу, яким необхідно переміщати по поверхні шкіри пацієнта з нанесенням спеціалізованих засобів на поверхню шкіри[36, с. 22].

Трансвагінальний спосіб застосовується в дослідженні органів тільки малого таза жінок. У випадку з діагностикою вагітних жінок за допомогою трансвагінального УЗД підтверджують наявність вагітності, а вже за розвитком плоду проводять скринінг за допомогою абдоміального способу. УЗД показує відхилення від норми і допоможе визначити набір таких аналізів необхідно зробити, щоб мінімізувати ймовірність народження дитини з:

- синдромом Дауна - трисомія 21 - ї хромосоми;
- синдромом Патау - трисомія 13 - й хромосоми;
- синдромом Едварса - трисомія 18 - ї хромосоми;
- синдромом Терпера - трисомія по Х - хромосомі;
- синдромом Клайнфельтера - дисомія по 4 - хромосомі.

Всього на даний момент вивчено в світі 300 хромосомних синдромів.

А також з вродженими вадами розвитку - деякі, з яких можна вилікувати, діагностуючи вчасно, але в більшості випадків все одно ВВР веде до загибелі плоду. Вважається, що 60% ВПР - це хромосомні патології, які і призводять до неправильного розвитку плоду [37, с.20].

Особливий сенс в профілактиці ВВР містить в собі рання діагностика високоефективний метод диспансеризації плода, спрямований на своєчасне виявлення аномалій, від цього залежить правильна акушерська тактика при тій вагітності, яка досліджується і індивідуальних заходів профілактики для того, щоб не повторилося ВВР або для того, щоб пом'якшити наслідки ще в утробі матері.

В основному апарати УЗД їх виробляють в Кореї, США, Австрії. У деяких країнах частота проведення скринінгу - УЗД різна, наприклад, і це залежить від виявлених раніше нозологій та рішень лікарів, це можна переглянути на прикладі:

У США в «клініці Мейо» роблять УЗД три рази на початку вагітності, щоб визначити вагітність, скринінг 12 і 20 тижні. Передові технології дозволяють визначити патології і запропонувати акушерські рішення. УЗД роблять при лікаря [38, с. 77].

У Фінляндії в клініці HUSin проводиться УЗД плоду кожні два місяці, якщо є якісь підозри на патології. В основному починаючи з 7 тижнів. В Іспанії в медичному центрі «Текон» три рази, перший тиждень, 14 тиждень, перед пологами.

У Німеччині в Клініці Геліос Берлін-Бух УЗД роблять не більше трьох разів, до того ж з УЗД беруть аналізи на гормони і визначають і визначають

патологію і по УЗД і по крові. У цьому випадку вже друге УЗД дає повну картину вагітності. Для цього лікар визначає довжину носової і стегнової кісток, вимірюється шийна складка і окружність голови плода, серце і т.д. Розрахунок ймовірності народження дитини з хромосомними відхиленнями проводиться відразу ж, і жінка отримує результат у день здачі аналізу (на відміну від стандартного проведення гормональних аналізів).

У Німеччині є неприйнятий законопроект, який дозволяє УЗД тільки один раз, на 10 - 12 тижні. Щоб виявити патології на ранній стадії. Вважається, що саме в цей період можна визначити ВВР і ХА. Почалося це з-за того, що УЗД може бути небезпечним для плода, хоча і є безліч доказів, що це не так, але все одно в Німеччині є противники УЗД, так як це порушує права людини на стадії прийняття рішення жити чи не жити[30, с. 87].

Клініка в США «GenePeaks» вивчає процеси рецесивної трансформації мета дослідження генетичні захворювання у майбутніх дітей і по можливості запобігти народженню хворих дітей. Якщо взяти за основу генетичний алгоритм, який закладений в яйцеклітинах або спермі, який призначає послідовності батьківських генів, клініка допомагає зачати, проект називається «віртуальне потомство». Симуляція процедури, але в ній даних закладено на понад 2000 потенційних генетичних кодів. Принцип генерації коду на комп'ютері. Ввів дані, програма видає всілякі генетичні коди з можливістю лікування ще в утробі тих хвороб, які можна виявити.

Використання донорських яйцеклітин при носійстві рецесивної трансформації в медицині цим питанням займаються генні інженери. Вони виділяють рецесивні аллелі і за допомогою скринінгу моделюють можливі мутації, які відбуваються в яйцеклітині, сперматозоїдах.

Це досить трудомісткий процес, який ділитися на етапи в процесі вивчення зародкових (ембріональних) клітин в генетиці вони діляться на два типи: мітоз і мейоз.

Для вивчення зародкових клітин і отримання заплідненої яйцеклітини використовують мейоз. Ембріональні клітини диплоїдні і містять 2 гомолога морфологічного типу хромосом.

І саме отримані 2 гомолога є спадковими клітинами, отриманими від батьків, тобто їх клітини мутують у створенні нового життя. Скринінг по даному процесу необхідно робити, щоб не пропустити аутоімунну - рецесивну мутацію, яка може стати проблемою для майбутніх батьків, так як може призвести як до інвалідності майбутньої дитини, так і до смерті.

Рецесивні алелі проявляються внаслідок спадкової трансформації клітини. Такі рецесивні трансформації призводять до:

- 1) зміни структури кодованого геном білка, зі зміненою функцією;
- 2) порушення експресії гена,
- 3) видалення частинки гена або цілого гена з хромосоми,

Два гомолога, утворюють пару хромосом, які успадковані від батьків і їх гени існують в різних алельних формах.

При етапі мітоз за реплікацією ДНК відбувається розподіл клітини і потім утворюється 2 диплоїдні дочірні клітини.

Порушення даного поділу призводить до мутацій і в залежності від кількості клітин. Існує в світі більше 3000 хвороб, які можна попередити завдяки скринінгу та вивчення поділу клітини і освічених клітин.

При етапі мейоз після 1 реплікації ДНК відбувається 2 абсолютно різних ділення клітини, в результаті яких утворюються чотири гаплоїдних ($1n$) клітини, кожна з яких містить лише одну хромосому з кожної гомологічної пари.

При будь-яких відхиленнях та інших розподілах відбувається мутація при яких необхідно робити скринінг для отримання точної інформації про хворобу батька, переданої ембріону.

5% в США жінок переживають неприємний досвід, пов'язаний із зачаттям дитини, через послугу ЕКО від наданої послуги «банку сперми». Приклад, жінка пройшла процедуру ЕКО, завагітніла, народила і ось

довгоочікувана дитина і у нього рідкісне моногенне рецесивне захворювання, що викликається дефіцитом MCAD, що це значить, він не виробляв тієї кількості ферменту, якого достатньо, щоб відбувалося перетворення ефективно жиру в цукор. Якщо хвороба запустити, невчасно виявити, рівень цукру в крові падав, судоми, ледве відчувався пульс і ледь чутне дихання і виявлялися проблеми з печінкою - і дитина з цим набором симптомів смертний.

Банки сперми тестують тільки на небезпечні інфекційні захворювання, на генетичному рівні аналізи у донорів сперми не беруть. Це тільки відбувається за індивідуальними прохання батьків.

Хоча проблема самого MCAD, то що захворювання не включається в більшість тестів на рецесивні захворювання.

Генетичні захворювання - таять в собі 20% дитячої смертності.

Необхідно розвивати генетику і робити скринінг тест, для визначення мутацій, які відбуваються з клітинами батьків, щоб встановити генетичну схильність до рецесивних захворювань[31].

Розробаємо модель функціонування суспільного здоров'я для жінок фертильного віку на основі приведеного досвіду зарубіжних країн, а також жінок, які будуть досягати фертильного віку у вигляді схеми ця модель по адмініструванню буде допрацьована у пункті 3.3 (рис. 3.1).

Цільова аудиторія проекту вагітні жінки, породіллі, проте у розширеному вигляді моделі для усього населення фертильного віку. Оцінкою результативності для пацієнта – є здорова дитина та здорова жінка.

Суб'єкт – пацієнт, мед заклад,

Об'єкт – здоров'я,

Механізм дії представлений у рис. 3.1

Функція цього механізму дослідити жінку та ненароджену дитину на різні генетичні захворювання та отримати дослідження генетичних захворювань для яких розроблять інструменти у сфері громадського здоров'я.

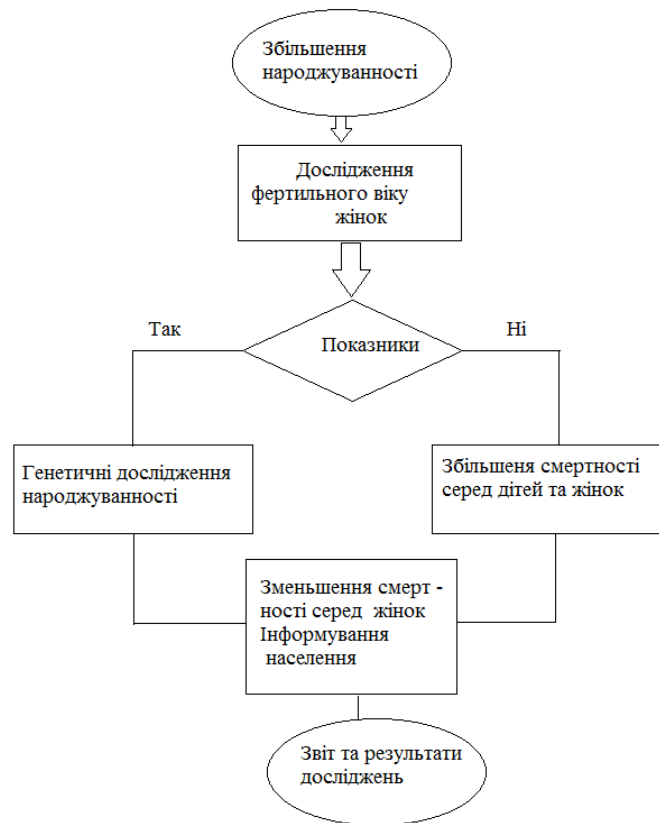


Рис. 3.1 Модель функціонування

Джерело розробка автора

Різні ринки послуг у сфері охорони здоров'я (до яких відносять ринок медичних послуг, фармацевтичний ринок, ринок медичного обладнання, ринок науково-медичних розробок, ринок ноу-хау в галузі медицини, ринок праці медичних працівників) мають відмінні економічні характеристики, а відтак характеризуються диверсифікованими моделями конкуренції: конкурентною боротьбою на ринку, конкуренцією для ринку та поєднанням першої і другої[44, с. 18].

Водночас нестача медичних знань робить пацієнта як споживача вразливим від лікаря, кваліфікація якого підтвердиться лише після того, як послуга буде спожита. Більше того, ринок послуг охорони здоров'я характеризується тим, що попит на ньому стимулюється також з боку надавача послуг, адже останній, ставлячи діагноз, тим самим, визначає структуру потреб споживача.

Будучи фактично пологовими будинками широкого профілю, медичні заклади являють собою комплексну структуру, відчутно надає платні послуги населенню. відповідно, вона відразу повинна зайняти відповідну нішу в своєму секторі ринку і визначити свою цінову політику. Оскільки в області платної медицини вимоги до якості обслуговування більш високі, вже на стартовому етапі необхідно поставити високу планку, згодом постійно підтверджуючи її [46, с.39].

Наукові дослідження у області генетики - це сучасний повноцінний вид бізнесу, має широку потенційну аудиторію і займає своє місце в системі охорони здоров'я держави.

Пологовий будинок часто включає відразу кілька напрямків. На відміну від вузькоспеціалізованих центрів такий заклад має більше перспектив завдяки широкій потенційної аудиторії. Найбільш затребуваними напрямками діяльності, які варто включити в комплекс послуг, що надаються, будуть наступні:

1. профілактична діяльність;
2. Генетичні дослідження;
3. Послуги УЗД.

Переважаючими особливостями надання медичної послуги по генетичним дослідженням й УЗД повинні стати наступні риси:

1. висока якість послуг, що надаються і покращений сервіс: пропонувати платні послуги у рамках Закону й бути більш відповідальним за роботу;
2. широке розмаїття послуг;
3. якісне технічне постачання, обладнання УЗД останньої розробки;
4. – гнучкі дисконтні та дисконтні системи, що дозволяють працювати з пацієнтами на постійній основі.

Саме ці особливості відрізняють конкурентну медичну модель установи від того, що зараз є, це надасть пацієнтам достатній рівень комфорту. Мета

конкурентної бізнес - моделі: надати у медичному закладі медичну послугу наукове дослідження фертильним жінкам по генетичним дослідженням плоду[47, с. 79].

На початковому етапі може бути відкритий процедурний кабінет, що спеціалізується тільки на генетичних дослідженнях для подальших аналізів. Для відкриття цього кабінету або надання медичної послуги треба навчити персонал робити дані тести й купити обладнання та налагодити співпрацю з більшими клініками або лабораторіями закордоном. Такий хід дозволить почати бізнес з мінімальними вкладеннями: досить відкриття невеликого кабінету, отримання ліцензії та сертифікату, а також найму професійного тренера[49, с.57].

Перед відкриттям бізнесу в області надання консультативних та лікувальних послуг обов'язковим етапом буде розробка маркетингового плану. В його основі – вивчення динаміки галузі, рівня розвитку конкурентів, співвідношення пропозицій приватних і державних підприємств в галузі[50, с.136]. До складу маркетингового плану увійде формування та закріплення споживчої думки щодо нової послуги. Основними пунктами такого плану стануть:

1. створення єдиної рекламної концепції майбутніх процедур;
2. створення медіаплану, відеороликів та інших матеріалів;
3. розробка плану заходів щодо просування послуги, збільшення обсягу продажів і утримання діючих клієнтів;
4. модернізація сайту компанії;
5. створення відповідної інфраструктури, планування умов праці.

Крім просування послуг через інтернет, раціонально розміщувати рекламу в ЗМІ, розповсюджувати листівки та візитки організації про нові послуги у пологовому будинку. При розташуванні в метро найкращою рекламою для центру стане приваблива інформативна вивіска.

Кількість персоналу для одного медичного кабінету

показник, одиниця виміру	значення
1. Загальна тривалість робочого тижня	
1.1. Врач амбулаторного приєма	40
1.2. Медсестра кабінету амбулаторії	40
2. Чергова відпустка (в днях)	
2.1 лікар	42
2.2. медсестра	35
Число робочих змін для персоналу	2

Рис. 3.1 Медперсонал кабінету діагностування

Джерело розробка автора

Нормативні аспекти дуже важливі при відкритті медичного кабінету, так, розмір штату буде залежати від графіка роботи і завантаженості. При цьому важливо враховувати існуючі розрахункові норми, розроблені для лікувально-діагностичних організацій. Так, стандартна норма прийому для одного лікаря становить 4 пацієнта на годину. Допустима кількість посад лікарів в амбулаторно-клінічних установах визначається спеціальними формулами з урахуванням встановлених законодавством норм навантаження[51, с.88].

Приблизні розрахунки показують, що на кожну штатну одиницю лікаря має припадати 0,5 ставки медсестри. Саме ці параметри і належить враховувати при наборі персоналу. Підсумкове ж кількість штатних одиниць лікарів, медсестер, персоналу та адміністраторів буде залежати від прогнозованої кількості відвідувачів і графіка роботи кабінету.

Один з етапів відкриття медичного кабінету для надання медичних послуг.

Приблизний набір буде таким:

1. аналітичні прилади;
2. холодильник;
3. новий апарат УЗД;
4. прилади для вимірювання основних фізичних параметрів;
5. лабораторні меблі, витяжні шафи;
6. вагова техніка;
7. магнітно-резонансний томограф, призначений для дослідження внутрішніх органів і тканин;
8. газоаналізатори і інші прилади подібного призначення;
9. цифровий маммограф, призначений для контрастної діагностики молочних залоз з метою виявлення їх патологій, в тому числі онкології;
10. електроенцефалограф - апарат, використовується для вивчення стану кори головного мозку і виявлення можливих патологій. Наявність сучасного енцефалографа дозволяє точно визначати всілякі ураження кори головного мозку з тим, щоб згодом своєчасно проводити лікувальні заходи;
11. ендоскоп, дозволяє виводити кольорові зображення органів на цифрові носії при різних патологіях з тим, щоб надалі аналізувати ефективність лікування;
12. апарат штучної вентиляції. Призначений для лікування та підтримки життєдіяльності пацієнтів, мають порушення в роботі легких. Сучасні апарати контролюють кількість що надходить в легені кисню, щоб не викликати передозування. Для медичного центру знадобиться обладнання, подає, крім кисню, медикаменти у вигляді дрібнодисперсних ліків;
13. холтерівське монітор - призначений для відстеження контролю серця, артеріального тиску та інших показників. Монітор показує всі можливі порушення серцевого ритму, дозволяючи поставити точний діагноз;
14. діалітичних машини;

15. електрокардіограф. Краще вибрати сучасний трьохканальний апарат, що дозволяє записувати відразу три лінії, тим самим даючи можливість постановки більш точного діагнозу;
16. дефібрилятор.
17. меблі для прийому пацієнтів.

Та обов'язковий стандартний набір обладнання, в тому числі дистиллятор, центрифуга, термостат, стерилізатор, новітні мікроскопи, автоклави, нагрівальні плити та інше.

Якість і технічні характеристики обладнання гратимуть дуже важливу роль в роботі наукових досліджень. Тому воно повинно бути новітнім й обслуговуватись ремонтними бригадами швидко[52, с.266].

Залежно від специфіки медичного закладу потрібно закупити каталки з функцією зміни висоти, гінекологічний стіл з вбудованими електричними регуляторами положення пацієнта, медичні стільці і стійки для крапельниць.

У будь-якому випадку наявність медичної техніки передбачає регулярний контроль її стану і підтримання її в справному стані.

Обов'язково потрібно передбачити технічне обслуговування обладнання. В їх число входять контроль технічного стану, технічне обслуговування в процесі експлуатації і ремонт при виникненні неполадок. Обов'язковий періодичний позаплановий контроль медичної техніки[53, с.2].

Таблиця 3.2

Висновки щодо причини виникнення симптоматики

Складові	Сутність (в чому полягає)	Аргументація (фактори)	Реакція компанії
Зовнішні причини			
Можливості ведення бізнесу	Небажання покупати медичну послугу	Законодавство України	зменшення собівартості послуги
Попит	Збільшення попиту	Підвищення середньої з/п населення,	Позиціонування на якості, розробка

		наявність кваліфікованого медичного персоналу, зростання науково – дослідницького ринку	максимально ефективного комплексу маркетингу
Пропозиція	Збільшення пропозиції на ринку медичних послуг, і як наслідок, конкуренції	Зростання ринку медичних послуг, наявність висококваліфікованого персоналу, Завоювання науково - дослідницького ринку	Стримування відтоку кадрів з підприємства, епідситуація
Внутрішні чинники			
Комплекс маркетингу	Очікувана якість послуги занижена, через що страждає до надання послуги суб'єктивна вартість. Недостатня обізнаність та довіра пацієнта до компанії	відсутність чіткого позиціонування.	Підвищення обізнаності пацієнтів про якість наданої послуги, можливість обирати здоров'я для дитини

Джерело розробка автора

Маркетинговою проблемою підприємства є необхідність збільшення ринкової частки, а також створення чіткого позиціонування при пропонуванні споживачам нової послуги[52, с.63].

Відповідність ринково-продуктової стратегії можна проаналізувати завдяки таблиці 3.3

Таблиця 3.3

Відповідність ринково-продуктовій стратегії компанії ринковій
ситуації

Елемент	В чому полягає проблема/невідповідність	Якими факторами це зумовлено
Ринкова стратегія		
Цільова аудиторія	Проблем у даному елементі немає.	
Позиціонування	Немає чітко визначеного позиціонування для пацієнтів	
Конкурентна стратегія	Проблем у даному елементі не має. Використовує конкурентну стратегію «Виклик лідеру».	
Продуктова стратегія		
Товарна стратегія	Проблем не виявлено. Компанія має послугу, який є стандартизованим і покриває всі потреби пацієнтів на ринку.	Це зумовлено аналізом ринку, що дало змогу компанії визначити потреби пацієнтів.
Цінова стратегія	Через те, що компанія використовує стратегію «Виклик лідеру», то їй необхідно надавати послуги найкращої якості	
Збутова стратегія	Прямий збут	
Стратегія просування	Реклама на бігбордах	наявність кваліфікованого персоналу

Джерело розробка автора

Таблиця 3.4

Релевантна модель конкурентної поведінки

Методи конкурентної боротьби, які теоретично	Методи конкурентної боротьби, що на даний	Які методи конкурентної боротьби маємо
---	--	---

можна використати на даному ринку	момент використовують конкуренти	використовувати зараз, враховуючи 1 і 2
1	2	3
- Підвищення обізнаності лідів про переваги пологового будинку перед іншими; - Позиціонування - Підвищення обізнаності посередників. - Зниження цін	- Методи цінової конкуренції. - Позиціонування	- Нецінові методи; - Позиціонування - Підвищення обізнаності. - 103 роки на ринку

Джерело розробка автора

Загальний план вимагає стартових інвестицій в розмірі до 25 млн грн. Саме в стільки обійдеться проект, розробляється в цьому плані. При відсутності у державі коштів для фінансування в потрібному обсязі можна залучити кошти інвестора або звернутися до кредиторів. В будь-якому випадку, для отримання потрібної суми необхідно надати детальний бізнес-план з описом всіх майбутніх витрат і прогнозами щодо майбутнього доходу. Треба підкреслити, що важливим результатом роботи медичного закладу буде лозунг «здорові батьки – здорова дитина». На генетичному рівні можна спланувати вагітність й знати усі вади дитини[55, с.223].

Отже, відкриття такого кабінету для досліджень генетичних досліджень буде частиною реалізації концепції у параграфі впровадження нових досліджень у зв'язку з виявленою проблемою у області зменшення народжуваності у регіоні, це надасть своєчасну якісну медичну допомогу й запровадити нові медичні послуги, які б надавали прибуток для самозабезпечення даних досліджень, а також допоможе жінкам народжувати здорових дітей, апробацією цього дослідження зробити Запорізьку область, а потім запровадити дані дослідження для усіх регіонів України.

Треба зауважити цінність нового дослідження у тому що воно робиться на передових розробках генної інженерії та адаптовано під сучасні реалії, які є у світі для України.

3.3 Адміністрування розробки програм удосконалення суспільного здоров'я у регіоні

Для оцінювання, яку обрати стратегію публічної організації використаємо SWOT-аналіз в системі оцінки виявлення проблем у сфері охорони здоров'я.

Заносимо до стовпчика 1 табл. 3.5 фактори макро - та мікросередовища, які впливають на суспільне здоров'я, які є найбільш важливими для підтримання здоров'я і мають тенденцію до змін, створюючи тим самим нові можливості або загрози (так звані рушійні сили у сфері охорони здоров'я). Оцінюємо за 10-бальною шкалою їх важливість для суспільного здоров'я (наприклад, як у стовпчику 2 табл. 3.5).

Далі визначаємо імовірності того, що зміна кожного фактора буде сприятливою ($P_{\text{із}}$) або несприятливою ($P_{\text{з}}$) для сфери охорони здоров'я, причому $P_{\text{із}} + P_{\text{з}} = 1$ (теоретично можливо й ≤ 1 , якщо існує імовірність, що фактор не змінюватиметься, стовпчики 3 та 5 табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Аналіз можливостей та загроз

Фактори	Важливість, балів B_i	Сприятлива зміна (можливість)		Несприятлива зміна (загроза)	
		Імовірність, $P_{\text{із}}$	$P_{\text{із}} * B_i$	Імовірність, $P_{\text{з}}$	$P_{\text{з}} * B_i$
1	2	3	4	5	6
Зменшення народжуваності	9	0,4	3,6	0,6	4,5
Зростання інвалідності серед дітей	8	0,3	2,4	0,7	5,6
Зростання смертності	9	0,7	6,3	0,3	2,7

Невисока платоспроможність українця	10	0,1	1,0	0,9	9,0
Зростання спортивних площадок	6	0,7	4,2	0,3	1,8
Зростання зелених зон	7	0,4	2,8	0,6	4,2
Політичні фактори	9	0,2	1,8	0,8	7,2
Вимоги до екології	7	0,3	2,1	0,7	4,9
Недофінансування медицини	9	0,4	3,6	0,6	4,5
Зміна вимог до зовнішніх умов (карантин)	8	0,6	4,8	0,4	3,2
Всього:			32,6		47,6

Джерело: розробка автора на основних чинників впливаючих на здоров'я

Знаходимо добутки $P_{iz} * B_i$ та $P_{cz} * B_i$ (стовпчики 4 та 6 табл. 2.4) й підсумовуємо отримані значення. Порівнюючи їх, визначаємо, чого у підприємства більше – можливостей чи загроз. У даного підприємства значно більше загроз, аніж можливостей ($32,6 < 47,6$)[28, с.74].

Далі оцінюємо за 10-бальною шкалою рівень, досягнутий кожним конкурентом за кожним фактором (стовпчики 3, 5, 7 табл. 3.6; найкраще значення – 10 балів, найгірше – 1 бал).

Таблиця 3.6

Аналіз сил та слабкостей

Фактори	Вага P_i	Санаторії		ЦПМСД		Центр громадського здоров'я			
		A_{1i}	$P_i * A_{1i}$	A_{2i}	$P_i * A_{2i}$	Звичай-на $A_{\bar{i}i}$	$P_i * A_{\bar{i}i}$	Аб-со-лю-тна $\Delta_{\bar{i}i}$	$P_i * \Delta_{\bar{i}i}$
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Якість медичних послуг	0,15	10	1,50	8	1,20	10	1,50	0	0
Широта надання медичних послуг	0,15	10	1,50	7	1,05	10	1,50	0	0
Тривалість гарантії	0,05	10	0,50	4	0,20	10	0,50	0	0
Прийнятність надання медичних послуг	0,20	5	1,00	9	1,80	8	1,60	+3	0,6
Привабливість надання медпослуг	0,10	8	0,80	9	0,90	8	0,80	0	0
Широта мережі	0,10	5	0,50	2	0,20	10	1,00	+5	0,5
Послуги при консультації	0,05	10	0,50	2	0,10	10	0,50	0	0
Отримання інформативних повідомлень про стан здоров'я регіону	0,05	7	0,35	9	0,45	10	0,50	+3	0,15

Профілактика здорового способу життя	0,05	6	0,30	9	0,45	1	0,05	-5	- 0,25
Імідж	0,10	9	0,90	7	0,70	10	1,00	+1	0,1
Сила:			7,85		7,05		9,35		+1,1

Джерело: розробка автора

Для визначення більш дієвого фактору перемножуємо для кожної категорії вагові коефіцієнти на оцінки досягнутого рівня в балах та підсумовуємо отримані результати. У нас підприємство ЦПМСД має значення звичайної конкурентної сили 7,85 бала, Санаторії – 7,05 бала, Центр Громадського здоров'я – 9,35 бала, тобто його позиція є найкращою.

Враховуємо відносну важливість факторів множенням стовпчика 2 на стовпчик 9 і підсумовуємо результат стовпчика 10. Це і є абсолютна сила; якщо вона додатна, підприємство має більше сил, ніж слабкостей, і навпаки. У підприємства, що розглядається, абсолютна конкурентна сила ($0 < +1.1$), тобто воно має більше сильних сторін, ніж слабких[27, с.285].

3. Складаємо першу матрицю SWOT-аналізу (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Перша матриця SWOT-аналізу

Можливості (О) - Зростання спортивних площадок (1,8) - Зростання зелених зон (4,2)	Загрози (Т) - Невисока платоспроможність українця (9,0) - Зростання інвалідності серед дітей(5,6) - Зростання смертності (2,7) - Вимоги до екології (4,9) - Політичні фактори (7,2) - Зміна вимог до зовнішніх умов (3,2) - Недофінансування медицини (4,5) - Зменшення народжуваності(4,5)
Сили (S) - Прийнятність надання медичних послуг(+3) - Широта мережі (+5) - Отримання інформативних повідомлень про стан здоров'я регіону (+3) - Послуги при консультації (+3) - Імідж (+1)	Слабкості (W) - Профілактика здорового способу життя (-0,25)

Джерело: розробка автора

4. Комбінуємо можливості та загрози, сили та слабкості підприємства у заключній матриці SWOT - аналізу (табл. 3.8).

В розрахунку SWOT - аналізу має більше загроз, ніж можливостей (стовпчик Т) та більше сил, ніж слабкостей (рядок W). На перетині рядка й стовпчика знаходиться поле WT, тобто пріоритетна стратегія WT («сили-загрози», або «максі-міні») має бути побудована на укріпленні сил для захисту від загроз.

Таблиця 3.8

Заключна матриця SWOT-аналізу

	Можливості (О) - Зростання спортивних площадок (1,8) - Зростання зелених зон (4,2)	Загрози (Т) - Невисока платоспроможність українця (9,0) - Зростання інвалідності серед дітей(5,6) - Зростання смертності (2,7) - Вимоги до екології (4,9) - Політичні фактори (7,2) - Зміна вимог до зовнішніх умов (3,2) - Недофінансування медицини (4,5) - Зменшення народжуваності(4,5)
Сили (S) - Прийнятність надання медичних послуг(+3) - Широта мережі (+5) - Отримання інформативних повідомлень про стан здоров'я регіону (+3) - Послуги при консультації (+3) - Імідж (+1) -	Поле SO («Максі-Максі»)	Поле ST («Максі-Міні») Проводити інформативні маркетингові дослідження, знаходити причини та розробляти програми для зменшення негативних наслідків для здоров'я, покращувати інформативність серед населення про профілактику захворюваності через фізичну активність населення. Збільшити народжуваність за допомогою генетичних досліджень серед жінок у роддомах.
Слабкості (W) - Профілактика здорового способу життя (-0,25)	Поле WO («Міні-Максі»)	Поле WT («Міні-Міні») рік,

Джерело: розробка автора

За результатами проведеного SWOT-аналізу можна сказати, що в області потрібно проводити інформативну роботу з населення, профілактику здорового способу життя, підвищувати фізичну активність населення та знайти причину зменшення народжуваності за рахунок дослідження генетичних захворювань. Зараз дуже актуальним питанням є КОВІД – 19, проте ніхто не знає негативного впливу, яку заподіє вакцина без перевірки. Багато людей мають алергію на ліки, проте цього не знають, а вакцину не роблять з пробою, немає досліджень на тему, як впливає вакцина на вагітних жінок, чому жінкам їх не можна робити також не має результатів дослідження, як себе почувають й який відсоток захворювання після того, як була зроблена вакцина. Тому я вважаю, що доцільно для проекту брати довгострокові проект, такий як збільшення народжуваності та дослідження генетичних кодів для отримання здорового покоління. Для цього потрібно підтримувати здоровий спосіб життя.

Пропонується встановити причини зменшення народжуваності серед жінок та перевіряти на генетичні захворювання, так здебільшого можна попередити захворювання у дитини й почати лікування вчасно. У світовій практиці дослідження здорових людей дуже цінний ресурс для отримання показників здоров'я. В США центр громадського здоров'я проводить дані дослідження й має цікаві результати по штатам.

Організація роботи медичного закладу повинна бути спрямована не тільки на залучення нових клієнтів, але і перш за все на утримання старих. Цьому буде слугувати високу якість послуг, вигідні програми лояльності для постійних клієнтів і привабливі сімейні пропозиції [48, с. 91].

Оптимальний набір послуг для середнього за масштабом центру включає наступне:

- консультація фахівця і первинний огляд;
- проведення генетичних аналізів;
- якщо потрібно, призначення і проведення лікування;
- УЗД на новому обладнанні;
- функціональна діагностика на новому обладнанні;

– оперативна активність.

Цей перелік може бути розширений або звужений в залежності від територіального розташування і передбачуваного масштабу діяльності.

Таблиця 3.9

Витрати для відкриття медичної лабораторії на базі існуючої у
пологовому будинку для наукових досліджень

Стаття витрат	Витрати на місяць	Витрати на рік	Термін
Купівля (оренда) обладнання	25,6 тис.	11 млн. (608 тис.)	6 міс.
Проектування кабінетів		640 тисяч	1 міс.
підведення комунікацій (вода, каналізація, електрика)		340 тисяч	2 роки
Оплата комунальних послуг	73 тисячі	876 тисяч	2 роки
Обробка приміщень, ремонт, дизайн		6,5 млн.	3 міс.
закупівля меблів		680,9 тис.	3 міс.
Оформлення ліцензій і дозволів		1,2 млн.	3 міс.
Придбання основних засобів	63,5 тисячі	763 тисячі	1 міс.
Закупівля витратних матеріалів	12,1 тисячі	від 145 тисяч	1 міс.
Витрати на комп'ютерне обладнання		200 тисяч	1 міс.
Створення сайту, оплата хостингу	1500	300 тисяч	1 міс.

Оплата інтернет-реклами	80 тисяч	960 тисяч	2 тижні
Виплата заробітної плати	До 1,3 млн.	понад 15 млн.	2 роки
Сплата податків	389,5 тис.	4,67 млн.	2 роки
додаткові, непередбачені витрати		2,115 млн.	2 роки
всього	1,55 млн.	41,3 млн.	

Джерело розрахунків автора по державним закупівлям Прозоро

У процесі фінансового планування, а також перед кожним новим сезоном роботи обов'язково складання кошторису. По суті, це зведений план усіх майбутніх витрат у виробничо-господарської категорії на певний період часу. Міністерство фінансів встановило одну певну форму для кошторису, якої повинні дотримуватися всі підприємства лікувально-профілактичного спрямування [51 с. 256].

Як правило, основним джерелом фінансування кампанії буде кредит, варто врахувати, що його сума повинна складати від 24,6 - 24,7 млн. грн.. на термін 24 місяці. Процентна ставка при цьому складе 24 %. При попередніх підрахунках на точку беззбитковості медичний центр повинен вийти до другого розрахункового місяця. Для досягнення такої мети місячний дохід клініки повинен досягти стабільного розміру.

Визначення собівартості роботи лабораторії можна розрахувати розмір витрат на облаштування та підтримку роботи одного кабінету табл. 3.10

Таблиця 3.10

Перелік витрат

Стаття витрат	сума	Термін
---------------	------	--------

Зарплата	від 517 тисяч	2 роки
Виплати в різні фонди	3,7	2 роки
Додаткові витрати і виплати	135 тисяч	2 роки
Оплата орендної плати, транспортних, комунальних та інших послуг	28 тисяч	2 роки
Ремонт обладнання та інвентарю	4 тис.	2 рок
Збільшення вартості основних і додаткових засобів, придбання м'якого інвентарю та інше	155 тисяч	2 роки
Поповнення матеріальних запасів (медикаменти, інші витратні матеріали)	145 тисяч	2 роки

Джерело розрахунок автора на основі даних державної закупілі на Прозоро

З урахуванням цих та деяких додаткових витрат собівартість одного лікарського кабінету обійдеться в суму від 840 тисяч грн. Фінансовий план обов'язково включає розробку цінової політики на всі види послуг[50, с. 31]. Середні показники в залежності від спеціалізації лікаря будуть наступними:

- первинна консультація лікаря основних профілів – 500 грн.;
- повторна консультація фахівця – 450 грн.;
- первинна консультація у завідувача відділенням – 600 грн.;
- повторний огляд завідувачем відділенням – 500 грн.

Консультація або огляд окремими фахівцями може передбачати більш високі розцінки. На вартість впливають також рівень клініки, її репутація і розкрученість бренду, територіальне розташування і деякі інші фактори. В цілому на вартість послуг впливають такі основні аспекти:

- собівартість надання послуг;
- цінові показники у конкурентів;

- унікальність послуг;
- попит і затребуваність серед потенційної аудиторії.

податкові виплати, актуальні для медичного центру будь-якого масштабу, будуть стандартними:

Види податків та зборів ТОВ:

Прибуток 18 %,

ЄСВ 22 % від заробітної плати за кожного працівника, але не менше 918, 06 грн

ПДФО 18 % з зарплати кожного працівника

Військовий збір 1, 5 % з зарплати кожного працівника

ПДВ Сплачується лише у випадку добровільної реєстрації та не за медичні послуги Сплачується лише у випадку добровільної реєстрації та не за медичні послуги[48, с.154].

Таблиця 3.11

Доходи від впровадження нової медичної послуги

Вид послуги	Кількість відвідувань на місяць	Ціна, грн	сума виручки, грн.
прийом фахівця	1500	Згідно прайс-листу, перші відвідини близько 600	10800000 і вище
Виклик лікаря додому, послуги медсестри	2000	від 1000	від 2 400 000
Продаж лікарських препаратів та інших медичних товарів	600 продаж	Відповідно до прайс-листом - орієнтовний середній чек - 1500.	понад 900 тисяч

Джерело розрахунок автора

З урахуванням таких даних і за умови активного розвитку ринку приватних медичних послуг, а також беручи до уваги, що приріст обсягів

споживання в цьому секторі становитиме 5%, можна зробити висновок, що за рік компанія може досягти обсягів реалізації понад 94 млрд. грн. [47, с. 85].

Термін окупності при точно виконанні всіх пунктів бізнес-плану і за умови успішної маркетингової кампанії - 2 року.

Відкриття медичного кабінету а в цілому й цілою лабораторії може стати непростим і тривалою процедурою. Але ретельно спланувавши всі етапи його створення, фінансові особливості і рекламну кампанію, протягом першого року роботи можна вивести цей вид бізнесу на рівень самоокупності та згодом нарощувати капітал, розширюючи сферу діяльності [49, с.88].

У період створення функції забезпечуватимуться шляхом підписання меморандумів про співпрацю та передачі даних з Центр громадського здоров'я, Пологовий будинок №3 за наступним алгоритмом:

1. Залучення до команди проекту фахівця з МіО (за договором), що здійснюватиме адміністрування даного напрямку у період 2023-2026 року. Одночасно з цим, починати передання функцій керівнику відділу МіО Запорізького громадського центру здоров'я.

2. Підписання меморандуму з КНП ««ЦСЦЗХ» ОЗР у березні 2021 року про співпрацю та передачу даних.

3. Залучення до команди консультантів проекту спеціаліста з генетичного контролю, що здійснюватиме адміністрування даного напрямку у період 2023-2026 року.

4. Залучення до команди консультантів проекту спеціаліста з УЗІ, що здійснюватиме адміністрування даного напрямку у період 2023-2026 року.

5. Підписання у грудні 2021 року меморандуму з ДУ «ОЗЛЦ МОЗ України» про співпрацю та обміну даними

6. Підписання меморандуму про співпрацю з КНП «ООІАЦМС»ОЗР у грудні 2021 року.

4.Зацікавлені сторони/партнери

1. ДУ «Центр громадського здоров'я» МОЗ (м. Київ) - експертний супровід;

2. ДОЗ ЗОДА (м.Запоріжжя) – політична підтримка;
3. КНП «Пологовий будинок №3» - меморандум про співпрацю, взаємодія у напрямку генетики та УЗІ;
4. ДУ «Запорізький обласний лабораторний центр МОЗ України» - меморандум про партнерство та обмін даними з даного напрямку;
5. Запорізький обласний центр соціально значущих хвороб» – експертний супровід генетичних та статевих захворювань;
7. КНП «Запорізький обласний інформаційно - аналітичний центр медичної статистики»– забезпечення компоненту медичної статистики;
8. Департамент освіти та науки ЗМР, ЗОДА – підтримка у залучені освітян до навчання та підтримка просвітницьких інформаційних кампаній;
9. Телекомпанія «Z канал» – інформаційна підтримка, висвітлення заходів, створення відео проектів.

Насамперед, проблема збільшення народжуваності вирішується урядом збільшенням грошових нагород за дитину, проте гроші не мають значення, якщо жінка, яка народжує страждає гінетичними захворюваннями й може народжувати мертвих дітей або зовсім не бути дітей, це актуально для усіх регіонів, проте для Запорізької області більш актуально, тому що на територію 332 м² лише 773 тис. людини порівняно з Одесою 168 м² місто мільйоне, а це значить що Запорізькій області потрібно збільшувати народжуваність за рахунок досліджень.

Згідно розрахунку SWOT – аналізу та описів у пунктах 3.1 та 3.2 адміністрування розробки програм удосконалення суспільного здоров'я у регіоні складемо повну модель схеми роботи при урахуванні публічного адміністрування на рис. 3.2

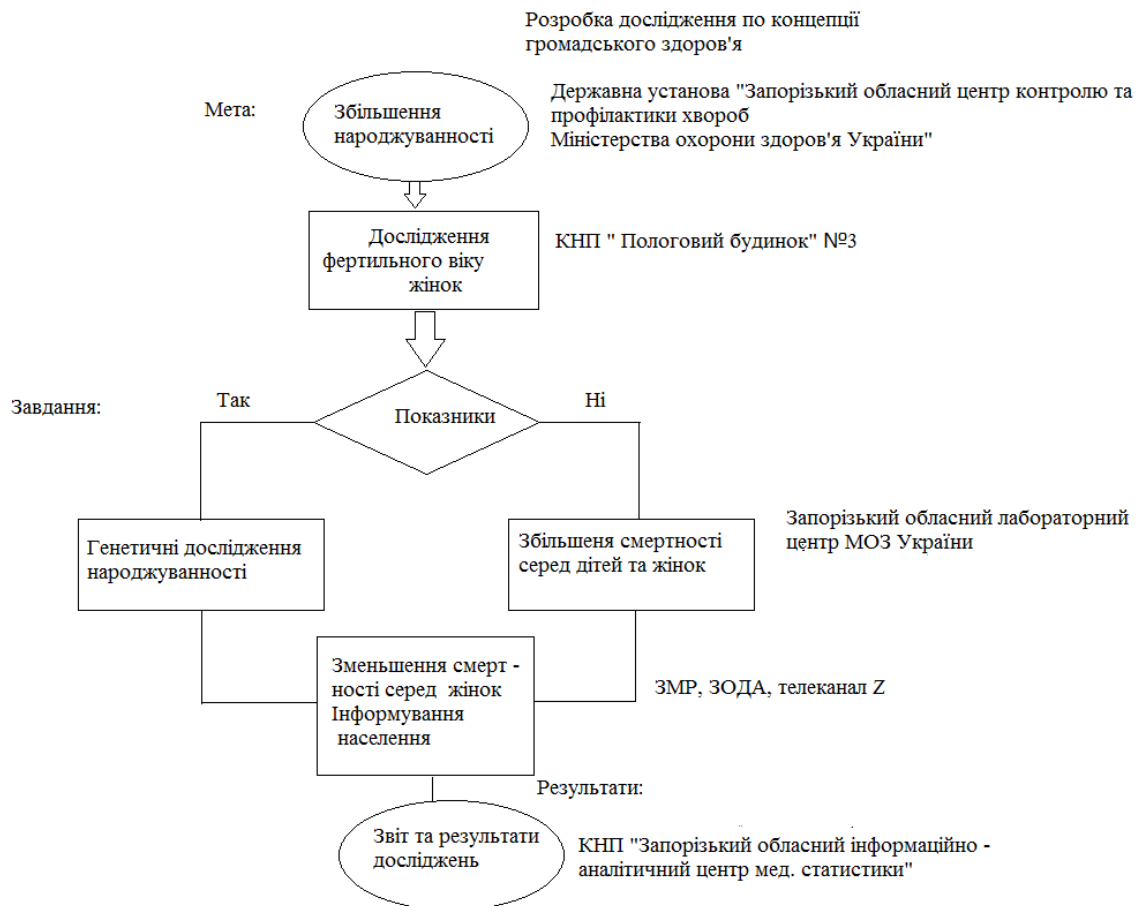


Рис. 3.2 Інтегрована модель суспільного здоров'я у Запорізькій області

Джерело розробка автора

Таким чином, при відкритті кабінету дослідження, які будуть розроблятися дадуть повну картину показника народжуваності Запорізької області та нададуть можливість більш обширно розробити програму на основі досліджень, яких не має та допомогти не тільки Запорізькій області, а й на території України. Також для того, щоб роботи такі дослідження потрібно навчити відділ МІО (моніторинг і оцінка) протоколу дослідження.

Висновки до III розділу

Визначено, що є проблеми, які потрібно вирішити, це не достача кадрів, не достатня співпраця на різних рівнях державної влади, недостатня комунікація в наслідок цього погані медичні послуги, смертність підвищена, народжуваність впала, екологічні показники погані.

В процесі дослідження встановлено, що ніхто дослідженнями у сфері громадського здоров'я не робить є поодинокі випадки. По перше, тому що немає чіткого поняття чим повинен займатись спеціаліст МІО або ГЗ. По друге, немає методики єдиної по якій дослідження потрібно проводити. Ця проблема більш детально описана у пункті 3.1

Розроблено лабораторний кабінет який буде впроваджувати концепцію громадського здоров'я про нові дослідження у сфері громадського здоров'я. Генетичні дослідження мають зробити вагомий внесок у сферу громадського здоров'я Запорізької області з цих досліджень можна буде зробити висновок чому так багато смертності серед немовлят й маленька народжуваність, що впливає на породіллю й може на перших місяцях при дослідженні виявляти хромосоми й інвалідність серед дітей, ця методика заїмствована у США, проте врахована під нашу область. Ці дослідження зможуть допомогти й іншим областям.

Визначено, що потрібен спеціаліст МІО, який буде робити дослідження по протоколу дослідження для розуміння кількості й цінності досліджень. Встановлено, які органи державної влади допоможуть відкрити кабінети генетичних досліджень.

Розроблено модель отримання результатів по принципу блок-схеми для наглядності результатів, прописані хто й за що буде відповідати. Цей кабінет надасть багато плюсів поперше на території України такі дослідження роблять лише у часних клініках й вони коштують дуже дорого. По друге – це надасть відповіді, чому народжуваність падає, бо є дані лише економічного та соціального характеру проте це не вся картина причини, яку можна виявити дослідженнями. Також можна на основі цих даних розробити механізм при

якому діти будуть народжуватись здоровими. Знати яку їжу їла матір, які вправи робила, яка генетична передрозположеність, як їй зкоректувати своє харчування. Це все потрібно контролювати через публічне адміністрування та протоколи, які спеціально розробити під дану програму.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження теоретичних і прикладних аспектів публічного управління громадським здоров'ям у Запорізькій області дозволило досягти поставленої мети та виконати визначені завдання. Установлено, що громадське здоров'я є комплексним об'єктом публічного управління, стан якого формується під впливом сукупності медичних, демографічних, соціально-економічних, екологічних та поведінкових детермінант. Його забезпечення потребує не лише функціонування системи охорони здоров'я, а й координації діяльності органів публічної влади, установ громадського здоров'я, медичних та соціальних служб та інших суб'єктів.

Узагальнення теоретичних положень дало змогу визначити основні складові механізму публічного управління громадським здоров'ям, до яких віднесено суб'єктів управління, управлінські функції, інструменти, інформаційно-аналітичне забезпечення, нормативне регулювання та механізми реалізації відповідних програм і заходів. Водночас встановлено, що методична база оцінювання громадського здоров'я на регіональному рівні є недостатньо систематизованою, а статистична інформація представлена в різних джерелах і формах, що ускладнює проведення комплексного аналізу.

Проведена діагностика стану громадського здоров'я Запорізької області засвідчила наявність комплексу проблем, серед яких особливого значення набувають несприятливі демографічні тенденції, високі показники смертності, зниження народжуваності, поширення окремих захворювань, екологічні ризики, кадрові проблеми та недостатня координація між суб'єктами публічного управління. Аналіз доступних статистичних даних також продемонстрував необхідність удосконалення інформаційного забезпечення та формування більш узгодженої системи показників для оцінювання стану громадського здоров'я регіону.

За результатами дослідження обґрунтовано необхідність переходу до більш системного, доказово орієнтованого та програмно-цільового підходу до

публічного управління громадським здоров'ям. Запропоновано напрями посилення міжвідомчої координації, розвитку інформаційно-аналітичного забезпечення, удосконалення профілактичної роботи, моніторингу результативності програм та проведення регіональних досліджень.

Практичним результатом роботи стала розробка моделі функціонування системи дослідження громадського здоров'я на регіональному рівні, у якій визначено послідовність збору та аналізу інформації, взаємодію відповідних суб'єктів і розподіл їх відповідальності. Запропоновано також концептуальне обґрунтування створення спеціалізованого лабораторно-дослідного напрямку, зокрема для проведення генетичних та інших досліджень, результати яких у перспективі можуть бути використані для поглибленого вивчення причин демографічних і медико-соціальних проблем регіону. Водночас такі дослідження мають розглядатися як інструмент отримання додаткових доказів, а не як наперед визначене пояснення демографічних або медичних явищ.

Таким чином, результати магістерської роботи підтверджують необхідність подальшого розвитку системи публічного управління громадським здоров'ям у Запорізькій області на основі комплексного оцінювання стану здоров'я населення, систематизації статистичних даних, розвитку доказових досліджень, міжсекторальної взаємодії та удосконалення програмних механізмів управління. Запропоновані положення можуть бути використані під час підготовки регіональних управлінських рішень і програм, спрямованих на профілактику захворювань, збереження здоров'я населення та підвищення результативності публічного управління у сфері громадського здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анфіногенова Є. Б. Методи оцінки ефективності маркетингових заходів / Є. Б. Анфіногенова // Проблеми і перспективи економіки і управління : матеріали Міжнар. заоч. науч. конф. (Санкт-Петербург, квітень 2012 р.). — СПб. : Реноме, 2017. — С. 147–149.
2. Біостатистика : підручник / [В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, М. В. Голубчиков та ін.]; за ред. В. Ф. Москаленка. – К.: Книга плюс, 2019. – 184 с.
3. Виноградський М. Д., Виноградська А. М., Шканова О. М. Управління персоналом. 2-ге видання: Навч. посіб. - К.: Центр учбової літератури, 2019. - 502 с.
4. Голубчиков М. В. Міжнародний досвід використання інтегральних показників для моніторингу та оцінки стану здоров'я населення (Лекція)/ М.В. Голубчиков, Н.М. Орлова. // Україна. Здоров'я нації. – 2017. - №3 (44). – С. 89-94.
5. Голубчиков М.В. Технологія заповнення основних первинних облікових документів та контролю вірогідності статистичних даних у лікарняних закладах (Лекція)/ М.В. Голубчиков, Н.М. Орлова, Н.Г. Кравчук. // Практика управління закладом охорони здоров'я. – 2019. – № 9. – 88-95 с.
6. Голубчиков М.В. Шляхи інформатизації системи охорони здоров'я України (Лекція) / М.В. Голубчиков, О.С. Коваленко. // Здоров'я суспільства. – 2019. – № 3-4. – С. 106-110.
7. Голубчиков М.В., Орлова Н.М. Медико-статистичний аналіз діяльності стаціонарів (лекція)// Практика управління закладом охорони здоров'я. – 2018. - № 7. – С.30-41.
8. Голубчиков М.В., Орлова Н.М., Белікова І.В. Актуальні проблеми та напрями реформування служби медстатистики (Лекція)// Практика управління медичним закладом 2018. - №11. – С.27-32.
9. Голубчиков М.В., Орлова Н.М., Кравчук Н.Г. Аудит медико-статистичної інформації в стаціонарах (лекція)// Практика управління закладом охорони здоров'я. – 2018. - №6. – С. 69-78.

10. Громадське здоров'я: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. / [В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, Т. С. Грузєва та ін.] ; за ред. В. Ф. Москаленка. – 3-тє вид. – Вінниця : Нова книга, 2017. – 560 с.
11. Дерев'янченко Т. Є. Маркетинговий аудит : навч.-метод. посіб. для самост. вивч. дисципліни / Т. Є. Дерев'янченко. — К. : КНЕУ, 2017. — 222 с.
12. Держкомстат [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.zp.ukrstat.gov.ua/>
13. Дикань Н.В., Борисенко ЛІ. Менеджмент: Навч. посіб. — К.: Знання, 2018. — 389 с. — (Вища освіта ХХІ століття).
14. Епідеміологічні методи вивчення неінфекційних захворювань : Навчальний посібник / [В. М. Лехан, Ю. В. Вороненко, О. П. Максименко та ін.]. – Дніпропетровськ: АРТ-Прес, 2016.– 184 с.
15. Заборовський В. П. Основи маркетингу/Подільська держ. аграрно-технічна академія. — Кам'янець-Подільський: Абетка, 2002. — 153 с.
16. Заяць Т.А., Тарлопов І.О., Пилипенко О.О. Управління маркетингом на підприємстві. — Донецьк: Юго-Восток, 2016. - 252 с.
17. Кодування захворюваності та смертності у відповідності до Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду: методичні рекомендації / М. В. Голубчиков та ін. – К.: МОЗ України, 2018. – 89 с.
18. Кравченко В.В. Стан здоров'я населення м. Києва: сучасні тенденції та проблеми/ В.В. Кравченко, Н.М. Орлова, А. В. Кравченко// Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2018. - №30. -. С 504-522.
19. Л. В. Балабанова, О. В. Сардак. Управління персоналом: Навч. посіб. / Л. В. Балабанова, О. В. Сардак. – К.: ВД «Професіонал», 2016. – 512 с.
20. Ленсколд Дж. Рентабельность инвестиций в маркетинге. Методы повышения прибыльности маркетинговых компаний; пер. с англ. под ред. В. Б. Колчанова и М. А. Карлика. — СПб.: Питер, 2015. — 272 с.
21. Медицинский менеджмент. В 2 т. / под общ. ред. Н. С. Алексеевой, Я. А. Накатиса, А. Я. Гольшева. — СПб., 2017.

22. Медстат [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html>.
23. Менеджмент в здравоохранении / Н. Г. Петрова [и др.]. — М., 2019.
24. Менеджмент в здравоохранении : учеб, пособие / под ред. М. Мухамбекова. — М., 2018.
25. Менеджмент в охороні здоров'я: навчально методичний посібник / за ред. Ю. В. Вороненка – К.: НМАПО, 2016.– 367 с.
26. Менеджмент організацій: Підручник / За заг. ред. Л. І. Федулової. - К.: Либідь, 2016. - 448 с.
27. Мескон, М. Х. Основы менеджмента / М. Х. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури ; пер. с англ. — 3-е изд.— М., 2016.
28. Методика аналізу стану здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних закладів адміністративних територій: методичні рекомендації / М. В. Голубчиков та ін. – К.: МОЗ України, 2018. – 45 с.
29. Методика перевірки стану обліку і звітності та вірогідності статистичної інформації у лікарняних закладах: методичні рекомендації / М. В. Голубчиков та ін. – К.: МОЗ України, 2020. – 20 с.
30. Міжнародна статистична класифікація хвороб МКХ-10. – К.: МОЗ України, 2016.- 307с.
31. Моисеева Н. К. Управление маркетингом: теория, практика, информационные технологии: учеб. пособие / Н. К. Моисеева, М. В. Конышева ; под ред. Н. К. Моисеевой. — М.: Финансы и статистика, 2018. — 304 с.
32. Монастирський Г.Л. Теорія організації: Навч. посіб. — К.: Знання, 2018. — 319 с.
33. Мурашко М.І. Менеджмент персоналу: Навч. посіб. — 3-те вид., випр. і дон. — К.: Т-во "Знання", КОО, 2018. — 435 с.

34. Нові технології навчання менеджменту в медицині. Навчальний посібник /За заг.ред. Ю.В.Вороненка, Н.Г.Гойди, О.П.Мінцера, М. Мітчелла. – К: Книга плюс. 2019. – 416 с.
35. Осечкин В. В. Англо-русский научный словарь по экономике и бизнесу . — Ростов н/Д : Феникс, 2018. — 346, [2] (29 с.)
36. Павленко А. Ф. Маркетинг: підручник / А. Ф. Павленко, А. В. Войчак. — К. : КНЕУ, 2018. — 246 с.
37. Пархименко В. А. Количественная оценка уровня организации маркетинговой деятельности на машиностроительных предприятиях республики Беларусь / В. А. Пархименко // Маркетинг в России и за рубежом. — 2016.— № 4 (54). — С. 63–75.
38. Петрова, Н. Г. Основы медицинского менеджмента и маркетинга : учеб, пособие / Н. Г. Петрова, И. В. Додонова, С. Г. Погосян. — М., 2018.
39. Пилипенко В. М. Ринок маркетингових досліджень: становлення і проблеми розвитку // Маркетинг в Україні. — 2015. — № 5(33) — С. 16 — 19.
40. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2015-2016 роки// Статистичний довідник, МОЗ України, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» - К., 2017, 325 с.
41. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / [Ю. В. Вороненко, О. П. Гульчій, С. М. Зоріна та ін.] ; за ред. Ю. В. Вороненка. — К.: Здоров'я, 2017. — 357 с.
42. Рульєв В. А., Гуткевич С. О. Менеджмент. Навч. посіб. - К.: Центр учбової літератури, 2019. - 312 с.
43. Сицко В.Є., Міклушов М.Н., Моїсеєва Т.М. Управління асортиментом. Комплексна оцінка якості та конкурентоспроможності товарів із застосуванням ЕОМ: Учеб. посібник. - Львів: ДКВ, 2018.
44. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: навч. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл./ [Ю. В. Вороненко, В. Ф. Москаленко, О. Г. Процек та ін.] ; за ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2017. — 680 с.

45. Статистика охорони здоров'я : навч.-метод. посіб. для самост. вивч. дисц. / Г. С. Столяров, Ю. В. Вороненко, М. В. Голубчиков. – К. : КНЕУ, 2017. – 187 с.
46. Статистика охорони здоров'я: підручник / Г. С. Столяров, Ю. В. Вороненко, М. В. Голубчиков. – К.: КНЕУ, 2016. – 230 с.
47. Стратегічне планування і управління. Навчальний посібник. // За ред. Іванова П.Д. - СПб.: Пітер Ком, 2018.
48. Стрий Л. А. Управление предприятиями связи в условиях конкурентного рынка / Л. А. Стрий, А. К. Голубев, О. М. Рустамов. — Баку: Mars Print, 2019. — 428 с.
49. Управління людськими ресурсами: філософські засади. Навчальний посібник під ред. д. ф. н., проф. В. Г. Воронкової.—К.: ВД «Професіонал», 2016.—576с
50. Управління охороною здоров'я (для післядипломної освіти): Навчально-методичний посібник / за ред. Ю. В. Вороненка – К.: НМАПО, 2017– 3670 с.
51. Хомяков В.І. Менеджмент підприємства. — 2-ге вид., Х76 перероб. і доп. - Київ: Кондор, 2019. - 434 с.
52. Шлях до результатів: планування та проведення ефективних оцінювань розвитку / Морра Імас Л.Дж., Ріст Р.К. – Київ : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», 2016. – 580 с.
53. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К.: МВЦ «Медінформ», 2020. – 458 с.
54. . Gostin, Lawrence O. Public Health Law: Power, Duty, Restraint. Berkeley : University of California Press, 2016. 798 p.
55. Meier B.M., Mori L.M. The Highest Attainable Standard: Advancing a Collective Human Right to Public Health. Columbia Human Rights Law Review. 2016. № 37. P. 101–147.

56. Childress, James F. et al. Public Health Ethics: Mapping the Terrain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2020. № 30. P. 170–178
57. Winslow C.E.A. The untilled fields of Public Health. *Science*. 1920. 1306:51. P. 23–33.
58. Ashton, John. Acheson: a missed opportunity for a new public health. *British Medical Journal*. 1988. № 296. P. 231–232.
59. Ruger, Jennifer Prah. Normative Foundations of Global Health Law. *The Georgetown Law Journal*. 2018. № 96. P. 423–443
60. Taylor, Allyn L. Globalization and Biotechnology: UNESCO and an International Strategy to Advance Human Rights and Public Health. *American Journal of Law & Medicine*. 2019. № 25. P. 479–541.
61. Toebes, Brigit. Human rights and public health: towards a balanced relationship. *The International Journal of Human Rights*. 2016. № 19.4. P. 488–504.