

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

ІЩУК ТЕТЯНА ОЛЕКСАНДРІВНА
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК: 351.82
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**МІЖСЕКТОРАЛЬНА ВЗАЄМОДІЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ
СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

Т. О. ІЩУК
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
СИМОНЕНКО Леся Іванівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

кандидат економічних наук, доцент
(науковий ступінь, вчене звання)

АНОТАЦІЯ

Іщук Т. О. Міжсекторальна взаємодія інформаційних систем охорони здоров'я. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 – Публічне управління та адміністрування – Поліський національний університет, 2022.

Визначено сутність та чинники, які визначають наявність та ефективність функціонування системи міжсекторальної взаємодії. Вивчено досвід між секторальної взаємодії на прикладі системи охорони здоров'я з урахуванням передового світового досвіду та вітчизняної практики. Виявлено резерви підвищення ефективності суспільно-економічних процесів міжсекторальної взаємодії на прикладі функціонування громад в Україні. Обґрунтовано перспективні напрями кооперації, інтеграції співробітництва та партнерства на основі міжсекторальної взаємодії.

Ключові слова: публічне управління, громада, міжсекторальна взаємодія, органи місцевого самоврядування, державна політика.

SUMMARY

Ishchuk T. O. Intersectoral interaction of information systems of healthcare. – Qualification work on the rights of the manuscript.

Qualification work for a master's degree in specialty 281 – Public administration and administration. – Polissia national university, 2022.

The essence and factors that determine the presence and efficiency of the system of intersectoral interaction are determined. The experience of inter-sectoral interaction on the example of the healthcare system is studied, taking into account world best practices and domestic practices. Reserves for improving the efficiency of socio-economic processes of intersectoral interaction are identified on the example of the functioning of communities in Ukraine. Promising areas of cooperation, innovation of cooperation and partnership based on intersectoral interaction are substantiated.

Keywords: Public Administration, community, intersectoral interaction, local self-government bodies, state policy.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. РОЗВИТОК МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ В ІНТЕРЕСАХ ЗДОРОВ'Я І БЛАГОПОЛУЧЧЯ В ЄВРОПЕЙСЬКОМУ РЕГІОНІ ВООЗ	5
Висновки до розділу 1	9
РОЗДІЛ 2. РОЛЬ МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЯ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЗДОРОВ'Я ТА ДОВГОЛІТТЯ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ.....	11
Висновки до розділу 2	19
РОЗДІЛ 3. МІЖСЕКТОРАЛЬНА ДІЯЛЬНІСТЬ З РОЗРОБКИ ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	20
Висновки до розділу 3	30
ВИСНОВКИ.....	32
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	35
ДОДАТКИ.....	38

ВСТУП

Актуальність теми. Наразі Всесвітньою організацією охорони здоров'я найважливіше значення у сфері охорони здоров'я населення надається так званій міжсекторальній взаємодії або співпраці. Це визнається й у нашій країні. Так, відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визнається, що охорона здоров'я громадян – це система заходів політичного, економічного, правового, соціального, наукового, медичного, в тому числі санітарно-протиепідемічного (профілактичного), характеру, здійснюваних органами державної влади, органами місцевого самоврядування, організаціями, їх посадовими особами та іншими особами, громадянами з метою профілактики захворювань, збереження і зміцнення фізичного і психічного здоров'я кожної людини, підтримки довголітньої активного життя, надання медичної допомоги. На жаль, реалізація такої міжсекторальної взаємодії, незважаючи на правове визнання, часто носить декларативний характер, бо превалює традиційна система, коли за стан здоров'я населення в основному відповідають медичні працівники.

Метою дослідження є проведення порівняльного аналізу традиційної системи охорони здоров'я населення і міжсекторальної взаємодії у цій сфері. Визначена мета окреслила коло завдань, які потребують вирішення: 1) дослідити сутність, чинники, національні та світові тренди, перспективні напрями та системну обумовленість міжсекторальної взаємодії; 2) окреслено сучасні важелі формування між секторальної взаємодії на місцях; 3) обґрунтовано перспективи розвитку територіальних громад України в контексті геополітичного вибору України. *Об'єктом дослідження* є механізми реалізації державної між секторальної політики. *Предметом дослідження* – організаційно-економічні основи формування між секторальної політики.

Методичною основою дослідження стало соціологічне опитування (анонімне анкетування 19 лікарів – керівників-організаторів закладів охорони здоров'я Житомирської області. Досвід їх роботи з охорони здоров'я населення

склав: 11,3% – 5–10 років; 25,8% – 11–20 років; 62,9% – понад 20 років. Опитані займали посади головних лікарів (начальників) медичних організацій – 13%, їх заступників – 39%, завідувачів (начальників) структурних підрозділів – 20%., інші – виконували інші обов'язки як фахівці у сфері управління охороною здоров'я, в тому числі 12% – в органах управління охороною здоров'я. Одним з критеріїв відбору респондентів була їх компетентність, зокрема сукупний коефіцієнт компетентності (середня величина самооцінки рівня теоретичних знань, практичних навичок та здатності до прогнозування у сфері своєї професійної діяльності) – не менше 4 балів за звичною 5-бальною шкалою, що, поряд з достатнім практичним досвідом роботи, дає право вважати їх експертами. Оцінка характеристик функціонування систем охорони здоров'я населення здійснювалася за звичною 5-бальною шкалою. Результати дослідження оброблені за допомогою персональної ЕОМ методами варіаційної статистики з обчисленням параметричних критеріїв відмінності: (Ст'юдента) та непараметричних (Манна-Вітні).

Апробація результатів дослідження. Висвітлення результатів дослідження здійснено під час роботи таких міжнародних та вітчизняних науково-практичних конференцій «Механізми управління розвитком територій» (Житомир, 26–28 жовтня 2022 р.); науково-практичній конференції «Без коріння саду не цвісти» (Житомир, 14 жовтня 2022 р.); міжнародній науково-практичній конференції, присвяченій 100-річчю Поліського національного університету «Менеджмент, маркетинг, логістика: тренди та подолання викликів (Житомир, 6 грудня 2022 р.)»,. **Публікації.** Нові актуальні положення кваліфікаційної роботи розміщено у матеріалах збірників науково-практичних конференцій. **Структура і обсяг кваліфікаційної роботи.** Представлене дослідження розміщене відповідно до вимог ЗВО у вступі, висновках, теоретичному, аналітичному та практичному розділах.

РОЗДІЛ 1

РОЗВИТОК МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ В ІНТЕРЕСАХ ЗДОРОВ'Я І БЛАГОПОЛУЧЧЯ В ЄВРОПЕЙСЬКОМУ РЕГІОНІ ВООЗ

Здоров'я – це політичний вибір. Міжсекторальне стратегічне управління має найважливіше значення для розробки і реалізації ефективних стратегій, заснованих на принципах політики Здоров'я – 2030, а також для формування у інших секторів відповідальності за поліпшення показників здоров'я населення або для підвищення такої відповідальності. Держави-члени розробили широкий спектр різних підходів, адаптованих до особливостей їх політичних та адміністративних систем та процесів. Національні стратегії охорони здоров'я можуть служити засобом вираження на найвищому політичному рівні чіткої прихильності справі охорони здоров'я як загальнодержавного пріоритету і забезпечити нормативно-правові підстави для більш масштабної міжсекторальної взаємодії в інтересах здоров'я. Національні цілі та цільові орієнтири все частіше формулюються в рамках міжсекторальних процесів і все більше передбачають взаємодію з іншими зацікавленими сторонами. У деяких країнах роль таких процесів виконують конференції з питань охорони здоров'я, які організовують центральні або регіональні органи влади.

Важливою стратегією зміцнення міжсекторального стратегічного управління є створення надійних і наділених офіційним статусом механізмів. Багато країн створили численні паралельні міжсекторальні комітети на різних рівнях (політичному та/або технічному), в роботі яких беруть участь різні сектори та зацікавлені сторони. Політика Здоров'я-2030 забезпечує законні підстави і механізм для створення на найвищому (міністерському) рівні міжсекторальних комітетів з питань здоров'я під головуванням прем'єр-міністра або його заступника; ці комітети повинні виконувати функцію комплексних стратегічних платформ для роботи в інтересах здоров'я, соціальної справедливості, добробуту та сталого розвитку. У рідкісних випадках в якості інструменту, що сприяє міжсекторальній взаємодії, використовуються спільні бюджети.

Найчастіше використовуваними механізмами міжсекторального стратегічного управління є міжсекторальні цільові комітети. Інші тематичні міжсекторальні механізми, такі як комітети, комісії та цільові робочі групи, які є відгалуженнями міжміністерських комітетів високого рівня [13]. Такі інтегровані підходи до міжсекторальної роботи забезпечують основу для поліпшення узгодженості та координації. Міжміністерські комітети повинні працювати за підтримки секретаріату, який служив би опорою для зазначених комітетів і координував би взаємодію з тематичними комітетами з інших питань. Досвід показує, що для того, щоб політична прихильність на високому рівні втілилася у практику, необхідна наявність функціонуючих механізмів забезпечення стабільної міжсекторальної взаємодії [26].

Встановлення контактів з іншими секторами передбачає розуміння їхніх цілей та питань, які стоять на порядку денному, пошук спільної мови, а також визначення та взаємне представлення очікуваних результатів та додаткових переваг співпраці (принцип «що ви можете зробити для охорони здоров'я, і що охорона здоров'я може зробити для вас»); обмін наявними фактичними даними, а також право ініціювати міжсекторальні заходи та керувати їх реалізацією. Узгодженість політики, досягнення ефекту синергії і координація дій з різними секторами в інтересах здоров'я і благополуччя є найважливішими елементами міжсекторальної взаємодії; міжміністерські і міжсекторальні механізми сприяють інтеграції на всіх рівнях державного управління і між секторами. Встановлення цільових орієнтирів, забезпечення прозорості процесів, а також застосування прагматичних і покрокових підходів, спрямованих на використання ефективних рішень і визначають найбільш вигідні заходи з точки зору всіх залучених у взаємодію сторін, сприяють виконанню завдань, що стоять на загальному порядку денному [16].

Налагодження роботи механізмів міжсекторального співробітництва потребує часу, а також чіткого розподілу обов'язків, узгодження порядку денного та належної адміністративної підтримки. Існує багато підходів і механізмів забезпечення узгодженості політики на рівні Кабінету міністрів і всієї системи державного управління. Особливо корисно мати в своєму

розпорядженні додаткові процеси, в межах яких політичні та технічні механізми взаємно посилюють один одного: зв'язки між міністерствами сприяють об'єднанню відповідальних посадових осіб на найвищому рівні прийняття стратегічних рішень з метою забезпечення політичної підтримки; керівники найвищого рангу можуть встановлювати цільові орієнтири і контролювати реалізацію спільних міжвідомчих планів і стратегій; структури і механізми міжвідомчого співробітництва можуть забезпечувати і просувати вперед процес реалізації політики; механізми моніторингу та звітності можуть забезпечувати підзвітність учасників даного процесу.

Існуючі міжвідомчі структури і механізми можуть розробляти плани і стратегії, які хоч і не відразу отримують політичну підтримку як заходи політики, але все ж будуть виключно важливі з точки зору майбутніх можливостей. Однак, слід усвідомлювати, що певні питання охорони здоров'я продовжуватимуть викликати розбіжності, оскільки деякі з них випередили свій час, інші зачіпають чиїсь політичні та комерційні інтереси, а частина з них потребує значних культурних зрушень. У деяких випадках самі етичні принципи охорони здоров'я, вірність дотриманню прав людини та принципу соціальної справедливості можуть призвести до суперечностей. Політика Здоров'я – 2030 сприяє країнам у реалізації таких стратегій, у забезпеченні відповідальності осіб, які формують політику на місцевому, національному та європейському рівнях, за сприяння справі охорони здоров'я [27]. Забезпечення підтримки та захисту права на здоров'я шляхом зміцнення політичної та правової систем, а також систем охорони здоров'я та соціального забезпечення, так само як і задоволення потреб і виконання вимог груп населення, які відчувають бідність і соціальне відчуження, є політичним і соціальним імперативом.

Насправді, працюючи стратегічні завдання та пріоритетні напрямки діяльності політики Здоров'я – 2030, проілюстрували, що жодну сучасну проблему громадської охорони здоров'я неможливо вирішити ефективно без прийняття міжсекторальних заходів. В межах подальшої стратегії щодо зміцнення взаємозв'язків між охороною здоров'я та іншими секторами на рівні держави,

наднаціонального утворення, наприклад ЄС, готуються тематичні та секторальні аналітичні довідки, в яких розглядаються наявні можливості для спільної роботи з іншими секторами та можливі результати такої роботи.

Водночас, багато соціальних детермінантів здоров'я діють на місцевому рівні та у найближчому соціальному оточенні людини, і, відповідно, місцеві органи влади мають всі можливості для здійснення впливу на ці детермінанти здоров'я та нерівності. Місцеві органи влади мають можливість розробляти та впроваджувати інтегровані стратегії зміцнення здоров'я громадян, а їх демократичний мандат надає їм необхідні повноваження для формування партнерських відносин та активного залучення різних секторів до цієї роботи. Місцеві органи влади мають унікальні можливості для партнерської співпраці з приватним та некомерційним секторами, громадянським суспільством та громадськими організаціями. Вони також мають здатність мобілізувати місцеві ресурси і використовувати їх для створення більшого числа можливостей для незаможних і вразливих категорій населення. Місцеве лідерство в інтересах здоров'я та добробуту передбачає бачення та розуміння важливості здоров'я в контексті соціального та економічного розвитку. За аналогією з глобальним і національним рівнями, для лідерства в питаннях здоров'я і благополуччя на місцевому рівні необхідні політична прихильність, концептуальне бачення і стратегічний підхід, наявність підтримують інституційних механізмів, а також робочих контактів і зв'язків з іншими суб'єктами, що домагаються аналогічних цілей.

Мета політики Здоров'я – 2030 полягає в тому, щоб суттєво поліпшити здоров'я і підвищити рівень благополуччя населення, скоротити нерівності у відношенні здоров'я, зміцнити охорону громадського здоров'я і забезпечити наявність універсальних, соціально справедливих, стійких і високоякісних систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину.

Фактори, які роблять суспільство багатим і процвітаючим, також можуть зробити людей здоровими: стратегії, які враховують цю залежність, є більш ефективними. Важливу роль відіграють заходи щодо підвищення обізнаності та нарощування потенціалу, спрямовані на включення цілей в області здоров'я

загальний курс соціально-економічного та людського розвитку суспільства. Всі сфери розробки політики, включаючи охорону здоров'я, повинні реформувати свої методи роботи та використовувати нові форми та підходи до політики на глобальному, національному та місцевому рівнях. Зокрема до 2030 року серед населення Європейського регіону планується скоротити передчасну смертність; підвищити показники середньої очікуваної тривалості життя; скоротити масштаби нерівностей щодо здоров'я; підвищити рівень добробуту; забезпечити загальне охоплення послугами і право на найвищий досяжний рівень здоров'я; встановити національні цілі і орієнтири щодо здоров'я у державах-членах.

Політика Здоров'я-2020: рамкова основа. Всі держави-члени Європейського регіону ВООЗ погодилися відстежувати прогрес в досягненні шести загальних цілей, які полягають в наступному:

Висновки до розділу 1

1. Інформаційні системи охорони здоров'я вважається детермінантами здоров'я. Майже 90% детермінант здоров'я не мають відношення до медицини на клінічній практиці. Згідно з останніми оцінками, відносна вага п'яти категорій детермінант здоров'я та їх важливість залежать від хвороб та смертності. До цих категорій належать такі: індивідуальна поведінка та звички, соціальні обставини, геноміка та біологія, охорона здоров'я та навколишнє середовище. Інформаційна система охорони здоров'я та цифрове охорона здоров'я можуть надати позитивний вплив на кожну з цих категорій. Інформаційні система мають найважливіше значення для поліпшення здоров'я населення. Вимірювання результатів щодо здоров'я і здійснення цифрових втручань можуть підвищити ефективність послуг охорони здоров'я.

2. Збір інформації серед клінічних систем є недостатнім для створення всеосяжної інформаційної системи охорони здоров'я. Інформацію, яка повинна бути врахована в секторі охорони здоров'я, формують також інші сектори: Так, інформація про народження і смерті надходить з органів РАГС; збір соціально-економічної інформації, включаючи соціальні детермінанти здоров'я,

проводиться в ході переписів населення; крім того, персональну інформацію охорони здоров'я можна отримати за допомогою електронних пристроїв і платформ соціальних мереж. Ці та багато інших компонентів мають значення під час зіставлення інформації охорони здоров'я, необхідної для інформаційних систем.

3. Основні проблеми, пов'язані з впровадженням інформаційних систем охорони здоров'я, відносяться до семи категорій: фінансові, технічні, психологічні, соціальні, правові, організаційні і пов'язані з процесами змін. Фінансова категорія включає проблеми грошового характеру, пов'язані з впровадженням інформаційна система охорони здоров'я. Прикладом фінансових проблем, з якими стикаються країни, можна віднести високі витрати, нестачу ресурсів і невизначеність щодо віддачі від інвестицій в організації охорони здоров'я. Існують також проблеми, пов'язані з технічними аспектами інформаційних систем охорони здоров'я та технічними можливостями користувачів і постачальників. Для вирішення цієї проблеми найважливіше значення матиме робота з університетами у сфері навчання та професійної підготовка кадрів. Сумнів користувачів щодо використання систем засновані на їх особистому досвіді та когнітивних факторах. Навчання також може сприяти вирішенню цієї проблеми, але при цьому слід планувати його поєднання з ініціативами з управління змінами.

РОЗДІЛ 2

РОЛЬ МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЯ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЗДОРОВ'Я ТА ДОВГОЛІТТЯ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Усі 193 держави-члени Організації Об'єднаних Націй прийняли Порядок денний Організації Об'єднаних Націй у сфері сталого розвитку на період до 2030 р. на саміті Організації Об'єднаних Націй зі сталого розвитку, яка відбулася у 2015 р. 17 цілей у сфері сталого розвитку являють собою загальний заклик до дії для ліквідації бідності, захисту нашої планети і забезпечення миру і процвітання для всіх людей. Розвиваючи успіх цілей у сфері розвитку, сформульованих у Декларації тисячоліття, вони одночасно з цим включають такі нові напрямки, як зміна клімату, економічна нерівність, інновації, стійке споживання, мир і правосуддя. Цілі взаємопов'язані між собою і вимагають багатосекторального та міжсекторального підходу: ключ до успішного досягнення будь-якої з цілей буде містити вирішення проблем, які частіше асоціюються з іншою метою. Європейське регіональне бюро ВООЗ розробило єдиний механізм моніторингу (ЕММ) для подання звітності за індикаторами в межах Цілей сталого розвитку, політики Здоров'я – 2030 і Глобального плану дій з профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними на 2020–2030 рр., який був прийнятий на сесії Європейського регіонального Комітету ВООЗ. На глобальному рівні відстеження Цілей сталого розвитку також включено в структуру результатів загальної програми роботи ВООЗ на 2020–2030.

За оцінками експертів, демографічні процеси, які відбуваються у вікових структурах населення світу, мають у різних країнах схожі тенденції, що характеризуються трьома етапами демографічного переходу. На першому етапі збільшення частки виживання дітей дозволяє омолоджувати віковий склад населення. На другому етапі знижується народжуваність і скорочується частка виживання дітей, а частка населення старших вікових груп і літніх людей –

збільшується. На третьому етапі сукупність процесів довготривалого зниження народжуваності та смертності населення призводить до зростання частки людей похилого віку.

Дослідження організації економічного співробітництва та розвитку проілюстрували, що для України характерною залишається загальносвітова динаміка демографічної ситуації, яка супроводжується економічною кризою, низькою тривалістю життя населення і високою смертністю працездатного населення [17]. За даними офіційної статистики відбувається старіння населення, а приріст населення старшої вікової групи (60 років і старше) протягом 5 років склав 11,8% (з 2017-го по 2021 р.). Зберігаються гендерні диспропорції у групі працездатного населення: зростання тривалості життя з 67,61 років у 2017 р. до 72 років у 2021 р. збільшує показник демографічного навантаження на населення працездатного віку [22].

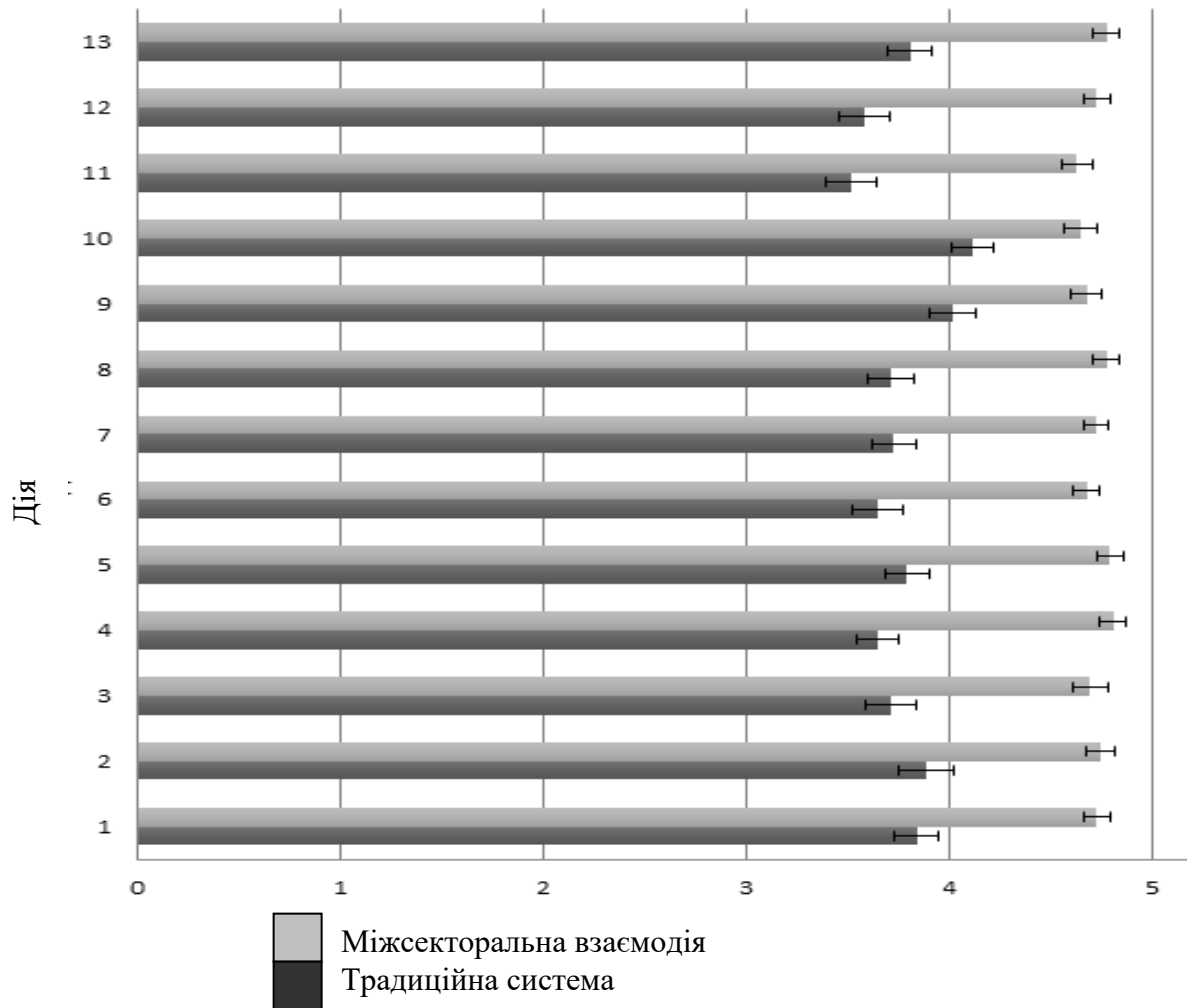
Процеси старіння суспільства і демографічних змін відбуваються на тлі прискорення науково-технічного прогресу, що змінює системи економіки, соціальних відносин та психології. Зниження частки працездатного населення і збільшення демографічного навантаження на нього, підвищення витрат на охорону здоров'я на тлі скорочення фінансових надходжень і збільшення витрат на рівнях стаціонарної та медико-соціальної допомоги обумовлена літнім віком. Широке різноманіття станів здоров'я і функціональних систем організму, незбалансованість системних взаємодій вимагають комплексних відповідних заходів, які в даний час мають обмежений характер. Наслідки цих процесів супроводжується змінами і в психосоціальному статусі людини.

Дослідження активності в повсякденному житті, для визначення ступеня нужденності в сторонньому догляді, виявляють, що за зменшенні активності в повсякденному житті пацієнта пропорційно збільшується ступінь його потреби в сторонньому догляді, а, отже, зростає необхідність для планування мережі медичних організацій і підрозділів геріатричного профілю в лікарнях, а також механізмів оптимізації взаємодії з органами та установами соціального захисту. Відсутність тих чи інших можливостей самозабезпечення осіб похилого та

старечого віку в повсякденному житті дає можливість цілеспрямовано оснащувати медичні організації геріатричного профілю необхідним обладнанням та здійснювати тематичне підвищення кваліфікації медичного персоналу. Таким чином, необхідні стійкі глобальні зусилля для активізації дій у сфері охорони здоров'я і вирішення пов'язаних з цим проблем. Жодна країна, жоден сектор і жодна організація не в змозі впоратися з цією проблемою самотійно.

Проблема надання допомоги особам більшості вікових груп населення за своєю суттю є поліпрофесійною і мультисекторальною, оскільки їх вирішення можливо лише за участі фахівців різних професій, служб і відомств. Причина цього – багатовимірний вплив біологічних і соціально-психологічних факторів та особистість пацієнта. Тому повноцінна допомога за різних видів порушень орієнтується на зусилля фахівців різних профілів, що дозволяє вирішувати весь спектр медичних, соціальних, психологічних, правових проблем, пов'язаних з хворобою. У зв'язку з цим виникає потреба у координації постачальників, медичних, психологічних, соціальних, медико-санітарних та інших послуг для надання повноцінної допомоги пацієнтам з різними порушеннями з максимальною орієнтацією на зусилля фахівців різних профілів, що дозволить вирішувати весь спектр медичних, соціальних, психологічних, правових проблем, пов'язаних з хворобою [18].

Порівняльний аналіз традиційної системи охорони здоров'я населення і міжсекторальної взаємодії здійснювався в два етапи. На першому досліджувалися організаційні характеристики (рис. 2.1). По всіх 13 параметрам організації охорони здоров'я населення статистично достовірно ($p \leq 0,05$) пріоритет належить системі міжсекторального взаємодії, рівень всіх оцінок якого – «добрий» (при цьому у традиційної системи – лише «задовільний» рівень, за винятком № 9 – обліку виконання заходів, в тому числі в спеціальних документах – 4.0 ± 0.1 , але проти 4.7 ± 0.1 відповідно).



1. Визначення відповідальності за дії та справедливості щодо охорони здоров'я населення.
2. Отримання фактичних даних про стан здоров'я населення, детермінанти здоров'я та способи їх коригування.
3. Здійснення кадрової політики щодо охорони здоров'я населення.
4. Формування у керівників зацікавлених структур та відповідальних виконавців позитивної мотивації щодо організації охорони здоров'я населення.
5. Визначення цілей та завдань з охорони здоров'я населення та доведення їх, а також реальних умов, в яких вони будуть досягатися та вирішуватися до виконавців.
6. Організація підготовки виконавців до здійснення конкретних заходів, у тому числі щодо впливу на детермінанти здоров'я.
7. Прийняття рішень щодо організації охорони здоров'я населення, їх оформлення у вигляді спеціальної організаційно-розпорядчої документації, у тому числі планів, їх доведення до виконавців.
8. Організація проведення заходів з охорони здоров'я населення.
9. Облік виконання заходів, у тому числі у спеціальних документах.
10. Представлення звітності про виконання заходів з охорони здоров'я населення.
11. Оцінка успішності охорони здоров'я населення.
12. Визначення напрямів оптимізації роботи з питань охорони здоров'я населення.
13. Організація проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я населення.

Рис. 2.1. Порівняльний аналіз організаційних характеристик охорони здоров'я населення (оцінка за 5-бальною шкалою)

Джерело: сформовано на основі [13].

На другому етапі дослідження порівняльний аналіз проводився за 24 напрямками практичного здійснення охорони здоров'я населення. До них можна віднести такі: зміцнення репродуктивного здоров'я населення та підвищення зростання народжуваності (№ 1); забезпечення раннього розвитку дітей та підлітків (№2); поліпшення повсякденних умов життя населення (№3); забезпечення справедливості щодо здоров'я між жителями сільської та міської місцевості (№4); забезпечення справедливих умов найму та гідної роботи, соціальних гарантій та охорони праці (№5); забезпечення соціального; забезпечення здорового раціону харчування населення (№7); забезпечення фізичної активності населення (№8); забезпечення дорожньо-транспортної безпеки (№9); функціонування приватного сектору (ринку) та охорона здоров'я населення (№10); забезпечення гендерної справедливості (№11); забезпечення громадської безпеки та правопорядку (№12); здійснення боротьби з наркотиками, алкоголем, тютюнопалінням (№13); боротьба з соціально зумовленими (значущими) захворюваннями (туберкульозом, ВІЛ-інфекцією тощо) (№14); імунізація 15); підтримка сприятливої санітарно-епідеміологічної ситуації (№16); пропаганда здорового способу життя (№17); забезпечення загального доступу до медичної допомоги (№18); фінансування заходів щодо впливу на соціальні детермінанти здоров'я та забезпечення справедливості щодо здоров'я для всіх (№19); надання населенню політичних повноважень у розробці порядку денного та прийнятті рішень, пов'язаних зі здоров'ям (№20); захист населення від техногенних аварій та екстремальних; природоохоронна діяльність та стратегічне забезпечення екологічної безпеки (№22); підготовка призовного контингенту (№23); здійснення медико-соціальної експертизи соціально-економічних і технічних планів, проектів і програм (№ 24). Результати представлені на рис. 2.2. Тут спостерігалася аналогічна картина, тобто статистично достовірні переваги (і оцінка більше 4 балів) були також на стороні системи міжсекторальної взаємодії ($p \leq 0,05$). Більш того, такі характеристики традиційної системи охорони здоров'я населення, як «поліпшення повсякденних умов життя населення (№3), «забезпечення

справедливості щодо здоров'я між жителями сільської та міської місцевості» (№4) забезпечення соціального захисту протягом усього життя» (№6), «забезпечення здорового раціону харчування населення» (№7), «забезпечення дорожньо-транспортної безпеки» (№9).

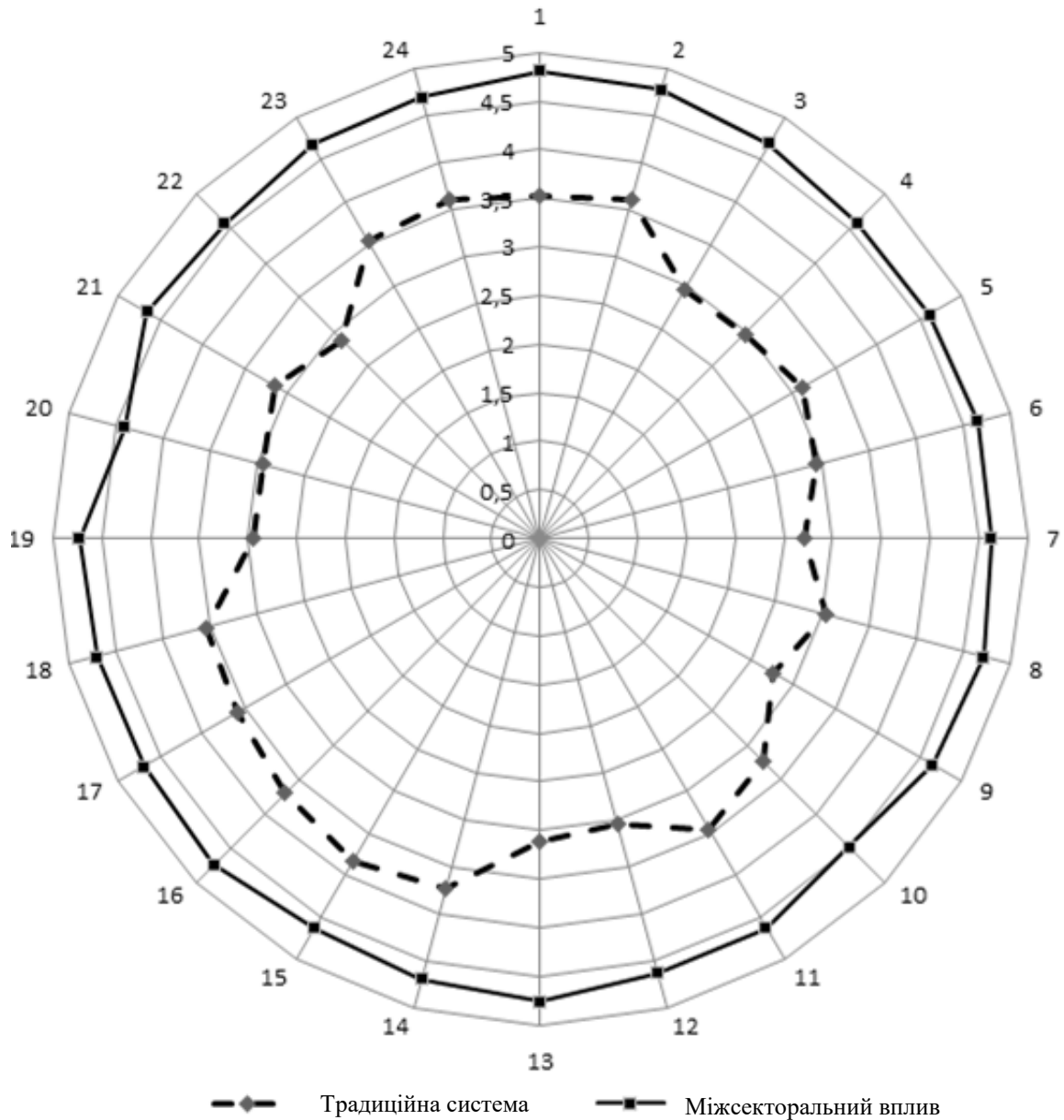


Рис. 2.2. Порівняльний аналіз напрямів практичного здійснення охорони здоров'я населення (оцінка за 5-бальною шкалою)

Джерело: сформовано на основі [27].

До інших елементів практичних підходів до практичної реалізації системи охорони здоров'я розпишемо. До них, зокрема, відносяться і

фінансування заходів щодо впливу на соціальні детермінанти здоров'я та забезпечення справедливості щодо здоров'я, «надання населенню політичних повноважень у розробці порядку денного та прийнятті рішень, пов'язаних зі здоров'ям» (№ 20) та «природоохоронна діяльність та стратегічне забезпечення екологічної безпеки» (№ 22), отримали оцінки нижче «задовільно» (решта – не більше 4 балів). Наразі реалізується система міжсекторальної взаємодії з питань охорони здоров'я населення (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Реалізація системи міжсекторальної взаємодії
з питань охорони здоров'я населення**

Реалізація, %	% відповідей,			
	в районі проживання	в місті	в області	в країні
Менш ніж 20	37,1± 4,4	33,9 ±4,3	38,7 ± 4,5	32,3 ± 4,3
20-39	24,2± 3,9	24,2 ±3,9	17,7 ± 3,5	16,1 ±3,4
40-59	24,2± 3,9	21,0 ±3,7	21,0 ± 3,7	19,4 ± 3,6
60-79	11,3 ± 2,9	11,3 ±2,9	14,5 ± 3,2	16,1 ± 3,4
80-100	3,2 ± 1,6	9,7 ±2,7	8,1 ± 2,5	16,1 ± 3,4

Джерело: сформовано на основі [14].

За даними, представленими у табл. 2.1, можна зробити висновок, що незначна частина досвідчених лікарів-організаторів вважала, що в районі, в якому вони проживають, місті, області і в цілому країні така реалізація здійснюється більш ніж на 80%. На думку більшості респондентів, вона була значимо нижче. За даними лише 6,5±2,3% організаторів охорони здоров'я, ніщо не заважає реалізації системи міжсекторальної взаємодії з питань охорони здоров'я населення. Визначено можливі причини, які заважають такій реалізації (табл. 2.2). Вочевидь, що основними причинами визнано: брак необхідних матеріальних засобів (1-е рангове місце); відсутність відповідної мотивації виконавців у зацікавлених структурах (2-е рангове місце); недостатня професійна підготовка виконавців і нездатність окремих керівників зацікавлених структур приймати рішення на організацію такого міжсекторального взаємодії (3-4-е рангові місця).

Можливі причини, які заважають реалізації системи міжсекторальної взаємодії з питань охорони здоров'я населення (% відповідей)

Причини	% відповідей
Відсутність відповідної мотивації виконавців у зацікавлених структурах	67,7±4,3
Недостатня наукова розробка питань міжсекторальної взаємодії з питань охорони здоров'я населення	35,5±4,4
Нестача необхідних матеріальних засобів (недостатнє фінансування тощо)	77,4±3,8
Недостатня розробка відповідного нормативного правового поля	38,7±4,5
Недостатня професійна підготовка виконавців у зацікавлених структурах	54,8±4,6
Низький рівень планування заходів з охорони здоров'я населення (планів, програм тощо)	35,5±4,4
Низький рівень медичної активності населення	46,8±4,6
Відсутність необхідної об'єктивної інформації про стан здоров'я населення	41,9±4,5
Відсутність необхідного моніторингу стану роботи з охорони здоров'я населення в зацікавлених структурах	24,19±3,93
Нездатність окремих керівників зацікавлених структур приймати рішення на організацію такої міжсекторальної взаємодії	51,6±4,6
Інше	1,6±1,2

Джерело: сформовано на основі [18].

Система надання допомоги починає «включатися» з моменту звернення за медичною послугою; виявлення цілого ряду проблем зі здоров'ям часто обумовлює необхідність залучення лікарів різних профілів, а також участі фахівців соціального сектора. Різна відомча приналежність медичних і соціальних послуг і їх недостатня взаємодія часто призводить до зниження якості медико-соціальної допомоги. Також слід зазначити, що наразі поширена «неформальна» допомога, яка надається сім'єю, друзями, знайомими, волонтерами, яка теж вимагає як навчання навичкам догляду, так і певного фінансування. Пошуки оптимальної моделі супроводу і надання допомоги населенню ведуться у всіх країнах світу, яку без системного підходу складно сформулювати. Ефективна взаємодія органів соціального обслуговування і організацій охорони здоров'я, забезпечення соціальної та побутової активності осіб є актуальними завданнями, вирішення яких має важливе медичне і соціальне значення. Удосконалення медико-соціальної допомоги особам, які цього потребують, дозволяє збільшити тривалість активного життя, зберегти здатність до

самообслуговування, забезпечує доступність кваліфікованої первинної медичної допомоги, високотехнологічної спеціалізованої допомоги, удосконалює систему фінансових інструментів, лікарського забезпечення, оснащення медичним обладнанням медичних організацій, в тому числі і спеціалізовані стаціонарні медичні організації та відділення, розвиває стаціонаро-заміщуючі технології і систему надомного догляду. Отже, виключно важливе значення має інтеграція між первинною медико-санітарною допомогою та іншими рівнями та установами з надання медичної допомоги, орієнтованої на задоволення потреб населення, соціальний супровід на місці тощо. Такий мультидисциплінарний підхід забезпечить ефективність допомоги.

Висновки до розділу 2

1. Розроблена модель спрямована на вирішення питань міжвідомчої взаємодії за реалізації заходів медичного, соціального, психологічного та інших напрямків роботи з населенням з метою створення умов, які забезпечують здорові процеси населення, на максимально ранній початок профілактичних заходів з групою ризику за розладам і своєчасне надання допомоги населенню різних вікових груп з виявленими порушеннями. Такий мультидисциплінарний підхід забезпечить ефективність і якість допомоги даній категорії громадян і членам їх сімей.

2. Перехід до моделей стратегічного управління, концепція якого націлена на забезпечення здоров'я, справедливості та добробуту, є прикладом перетворюючих заходів у відповідь, до яких закликає повістка дня на період до 2030 року. Задля здійснення глобальних, регіональних і національних цілей і завдань і ефективного рішення складних глобальних проблем сучасності необхідні залучення, управління, координація, розвиток підзвітності, узгодженості та підтримка практичних дій серед різних учасників на всіх рівнях державного управління і за його межами.

РОЗДІЛ 3

МІЖСЕКТОРАЛЬНА ДІЯЛЬНІСТЬ З РОЗРОБКИ ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Одноголосна підтримка на високому рівні політики Здоров'я – 2030 та порядок денний у сфері сталого розвитку на період до 2030 року дає можливість здійснювати міжсекторальні дії, засновані на принципах участі суспільства та спрямовані на вдосконалення інформаційної системи охорони здоров'я, передбачених Планом дій на підтримку використання фактичних даних, інформації та наукових досліджень з метою напрацювання політики в Європейському регіоні ВООЗ [24]. Відповідно до спільного висновком всіх держав – членів ВООЗ, відображеного у резолюції Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я ВНА 60.27 [27], інформація охорони здоров'я є основою стійких систем охорони здоров'я. Проте чимало зібраних фактичних даних і знань залишається розрізненою, неповною і важкодоступною, а діяльність у сфері інформації охорони здоров'я часто фінансується за рахунок спеціальних проєктів, а не є постійною структурою. Найнижча якість інформації охорони здоров'я, як правило, спостерігається у країнах з найгіршим станом здоров'я населення. Вирішити ці проблеми можна за допомогою зміцнення міжсекторальних дій.

Метою політики Здоров'я – 2030 є значне поліпшити здоров'я і підвищення рівня добробуту населення, скорочення нерівності щодо здоров'я, зміцнення охорони громадського здоров'я і забезпечення наявності універсальних, соціально справедливих, стійких і високоякісних систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину (рис. 3.1). У спрощеному вигляді життєвий цикл інформації охорони здоров'я складається з чотирьох етапів: збір, зберігання, використання і видалення даних. На кожному етапі існують свої проблеми та можливості. Так, **збір інформації** охорони здоров'я спирається на успішну організацію високоякісних даних. Інформаційні системи охорони здоров'я збирають інформацію охорони здоров'я за допомогою електронних медичних карт та інших інформаційних систем, які входять до складу таких організацій, як центральні статистичні управління та системи органів РАГС. Подібні події

повинні бути скоординовані з організаціями та державними ініціативами, які відповідають за розробку та підтримку цих типів систем. Принципове значення також має координація роботи з індустрією інформаційних технологій охорони здоров'я та визначення стандартів для даних, які будуть включені в систему.



Рис. 3.1. Цілі системи охорони здоров'я на сучасному етапі

Джерело: сформовано на основі [17].

Стратегія у сфері інформаційних систем впливає на фізичне місце **зберігання даних**, конкретні масиви даних, які вимагають спеціального звернення, і присвоєний їм рівня безпеки. Знання цих параметрів дозволяє системі укласти відповідні угоди з третіми сторонами, ефективніше керувати витратами і застосовувати більш дієві обмеження в сфері безпеки. На цьому етапі важливу роль відіграють широка громадськість, об'єднання пацієнтів та

групи підтримки. На етапі *аналізу та використання* принципово важливо визначити відповідальних за аналіз даних, типи формованих звітів і правила доступу до цих звітів. Право доступу до даних регулюються законодавчою базою щодо використання даних. В міру перетворення системи охорони здоров'я необхідно впроваджувати нові процеси з метою перерозподілу відповідальності за дані. Останній етап роботи з даними – *видалення*, який включає видалення інформації та ідентифікаційних міток з інформаційної системи охорони здоров'я. Цей етап повинен проводитися ретельно, відповідно до національних законів та нормативних актів. Всі вищевказані етапи слід розглядати як частину більш широкої стратегічної інформаційна система охорони здоров'я (рис. 3.2).

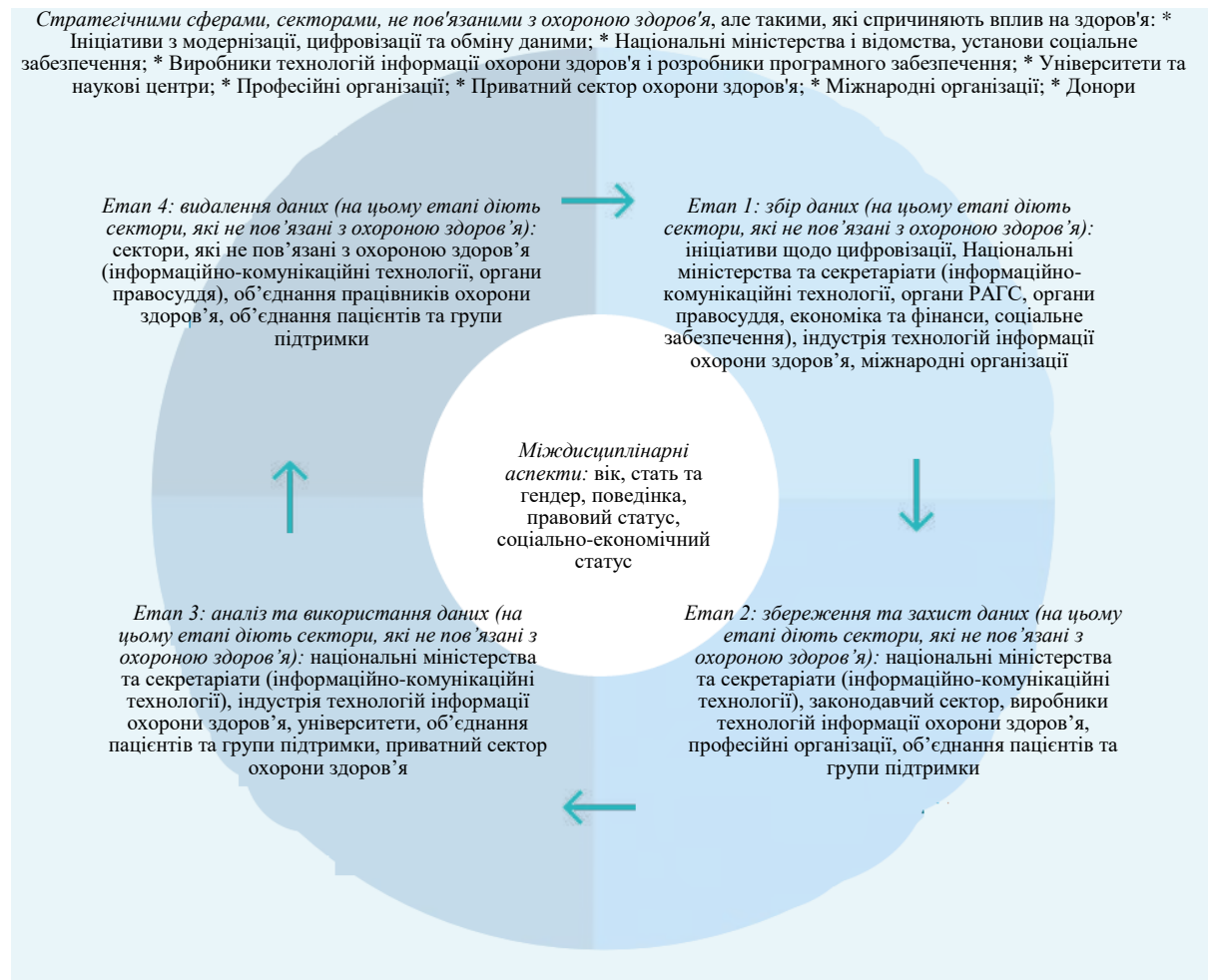


Рис. 3.2. Інформаційні системи охорони здоров'я: життєвий цикл основних секторів

Джерело: сформовано на основі [17].

Міжсекторальні стратегії та заходи щодо розробки інформаційних систем охорони здоров'я з метою впливу на детермінанти здоров'я, як відображено на рис. 3.2, беручи до уваги різноманіття державних суб'єктів, задіяних в інформаційних системах охорони здоров'я, для впливу на основні детермінанти здоров'я необхідно проводити втручання як в рамках сектора охорони здоров'я, так і за його межами. На діаграмі наведено приклади належних спільних дій, які можуть здійснюватися на різних етапах для підвищення якості інформаційної системи (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Міжсекторальні стратегії та заходи щодо
розробки інформаційних систем охорони здоров'я**

Проблеми	Основні задіяні сектори	Спільні дії підвищення якості інформації
1	2	3
<i>Стратегічні сфери</i>		
Відсутність всеосяжного координаційного механізму і довгострокової перспективи та стратегія	Стратегічний рівень і суб'єкти, згадані на різних етапах	Необхідно розробити стратегічний план для координації зусиль у секторах, які не мають відношення до охорони здоров'я, але впливають на впровадження інформації охорони здоров'я
Отримання відповідного фінансування для підтримки проєктів в рамках інформаційних систем охорони здоров'я	Міністерства економіки та фінансів, донори	Ресурси, що виділяються на планування і реалізацію проєктів в рамках інформаційних систем охорони здоров'я
Підвищення рівня цифрової грамотності, навчання у сфері інформатики та математичних методів комп'ютерного аналізу даних	Університети та коледжі	Визначення в тісній співпраці з університетами потреб та пропозицій у сфері навчання, пов'язаних з інформаційними системами охорони здоров'я, дозволить збільшити число спеціалістів, підготовлених для роботи в цій сфері
Професійна атестація	Міністерство освіти	Університети та коледжі готують спеціалістів у сфері охорони здоров'я та видають атестати про отримання освіти. Ця інформація необхідна інформаційним системам охорони здоров'я з метою визначення функцій і прав доступу до електронних систем

Продовження таблиці 3.1

Проблеми	Основні задіяні сектори	Спільні дії підвищення якості інформації
1	2	3
Наявність якісного програмного забезпечення	Виробники технологій інформації охорони здоров'я, розробники програмного забезпечення	Координація з організаціями, які займаються розробкою програмного забезпечення, або професійним об'єднанням спеціалістів з впровадження інформаційних систем буде мати принципове значення для створення високоякісних систем
Визначення виду механізму ідентифікації пацієнтів та використання ідентифікаторів пацієнтів	Органи ЗАГС, Міністерство юстиції	Механізм ідентифікації пацієнтів повинен бути визначений і узгоджено з органами РАГС; крім того, для досягнення цієї мети необхідна участь інших міністерств
Обмін інформацією охорони здоров'я	Виробники технологій інформації охорони здоров'я, цифровий уряд або інші національні ініціативи у сфері модернізації, міжнародні організації	Обмін інформацією охорони здоров'я повинен здійснюватися за допомогою стандартів і визначень, розроблених міжнародними організаціями
Підвищення ефективності комунікацій з органами соціального забезпечення та аналогічними національними установами	Сектор соціального забезпечення	Органам соціального забезпечення необхідний великий обсяг інформації охорони здоров'я. Крім того, інформаційним системам охорони здоров'я необхідні дані з соціального сектора, у зв'язку з чим координація має важливе значення
Підвищення ефективності фінансування охорони здоров'я та медична допомога	Приватні медичні страхові компанії та інші платники	Існування різних способів оплати в межах однієї країни завжди призводить до ризику неефективного використання коштів. Координація та комунікація між державним і приватним секторами є ключем до подолання фрагментації в системі охорони здоров'я
Збір даних		
Збільшення частки даних, збір яких здійснюється в електронному вигляді, а не на папері	Законодавчий сектор	Закони та нормативні акти повинні сприяти впровадженню інформаційних систем охорони здоров'я. До відповідних напрямків належать закони про електронні медичні картки, вторинному використанні інформації охорони здоров'я, повноцінності цифрового підпису та правах пацієнтів. Необхідно підтримувати впровадження електронних медичних карт та інших клінічних систем з доведеною ефективністю

Продовження таблиці 3.1

Проблеми	Основні задіяні сектори	Спільні дії підвищення якості інформації
1	2	3
Збільшення частки даних, збір яких здійснюється в електронному вигляді, а не на папері	Цифровий уряд або інші національні ініціативи у сфері модернізації	Національні та регіональні проекти цифрового уряду повинні підтримувати розвиток інформаційних систем охорони здоров'я. У деяких країнах цю роль відіграють національні стратегії у сфері цифрової охорони здоров'я
Розширення впровадження цифрового підпису у секторі охорони здоров'я	Цифровий уряд або інші національні ініціативи у сфері модернізації	Узгодження ініціатив у сфері модернізації на національному рівні з розширенням інформаційних систем охорони здоров'я має визначальне значення для розвитку технологій, необхідних у певних ситуаціях, наприклад під час підписання електронного замовлення
Поліпшення інтеграції між реєстрацією актів цивільного стану і видачею свідоцтв про народження та смерть	Органи РАГС	Координація роботи по використанню стандартних термінів і класифікацій. Інтеграція використання систем охорони здоров'я та клінічних систем з процесами реєстрації народжень і смертей
Угода про стандарти інформації охорони здоров'я	Виробники та постачальники технологій інформації охорони здоров'я, професійні організації, міжнародні організації	Для отримання високоякісних даних необхідні стандарт. Стандарти які підлягають впровадженню повинні бути узгоджені з усіма секторами, які будуть порушені їх прийняттям, проте ключовими учасниками процесу будуть постачальники технологій інформації охорони здоров'я та професійні організації
<i>Зберігання та захист даних</i>		
Фізичне місцезнаходження інформації охорони здоров'я: хмарне або локальне сховище	Законодавчий сектор, виробники та постачальники технологій інформації охорони здоров'я	Визначення місць і способів зберігання даних, а також осіб, які мають до них доступ, та необхідності узгодження із законодавчим сектором; перегляд чинного законодавства та розробка нових закон. Компанії, що займаються технологіями інформації охорони здоров'я, повинні брати участь в обговоренні, пропонуючи варіанти доступних технологій
Доступність інформації охорони здоров'я для вторинного використання	Законодавчий сектор, професійні організації, групи підтримки пацієнтів	Закони та / або нормативні акти повинні регулювати місця і способи зберігання даних, правила доступу та механізми безпеки
<i>Аналіз та використання даних</i>		
Необхідний тип інформації	Виробники та постачальники технологій інформації охорони здоров'я, професійні організації	Організації працівників охорони здоров'я повинні надавати допомогу за визначення видів звітів, необхідних для прийняття рішень

Продовження таблиці 3.1

Проблеми	Основні задіяні сектори	Спільні дії підвищення якості інформації
1	2	3
Доступність інформації охорони здоров'я для вторинного використання	Законодавчий сектор, професійний організації, групи підтримки пацієнтів	Закони та / або нормативні акти повинні регулювати місця і способи зберігання даних, правила доступу та механізми безпеки
Відсутність звітності з боку приватних медичних установ	Приватний сектор охорони здоров'я	З метою забезпечення високої якості даних приватні медичні установи також повинні стати частиною інформаційної системи та надавати інформацію охорони здоров'я про людей, які отримують медичну допомогу в цих установах
Недостатньо широке поширення інформаційних продуктів та аналітичних матеріалів	Професійні організації, університети	Математичні методи комп'ютерного аналізу даних, а також навички та вміння у сфері аналізу повинні бути включені до програми професійного медичної освіти
Видалення даних		
Видалення неправильної інформації та зміна інформації в клінічних база даних	Законодавчий сектор, організації працівник охорони здоров'я, групи підтримки пацієнтів	Необхідно розробити стратегії та нормативи, визначальні, коли і за яких обставин інформація охорони здоров'я може бути змінена і видалена. Ці стратегії повинні бути визначені з урахуванням думки організацій працівників охорони здоров'я та груп підтримки пацієнтів
Визначення ситуації, в якій запис може бути остаточно видалено з інформаційної системи	Законодавчий сектор, організації працівник охорони здоров'я, групи підтримки пацієнтів	Необхідно розробити стратегії та нормативи, визначальні, коли і за яких обставин інформація охорони здоров'я може бути змінена і видалена. Ці стратегії повинні бути визначені з урахуванням думки організацій працівників охорони здоров'я та груп підтримки пацієнтів

Джерело: сформовано на основі [27].

З метою скорочення нерівностей та забезпечення здоров'я для всіх дозволяли фото та відео відправляти покупцю, я На думку більшості респондентів, вона була значимо нижче. За даними лише $6,5 \pm 2,3\%$ організаторів охорони здоров'я, ніщо не заважає реалізації системи міжсекторальної взаємодії з питань охорони здоров'я населення. Визначено можливі причини, які заважають такій реалізації (табл. 2.2). Вочевидь, що основними причинами визнано: брак необхідних матеріальних засобів (1-е рангове місце); відсутність відповідної мотивації виконавців у зацікавлених

структурах (2-е рангове місце); недостатня професійна підготовка виконавців і нездатність окремих керівників зацікавлених структур приймати рішення на організацію такого міжсекторального взаємодії (3-4-е рангові місця).

Спільні стратегії та втручання повинні здійснюватися за повної дисципліни, що передбачає дотримання принципу недискримінації та спільного правозахисного підходу. Особлива увага має приділятися обробці інформації охорони здоров'я. Конфіденційність та безпека інформації охорони здоров'я повинні розглядатися як найважливіший аспект будь-якої ініціативи у сфері області інформаційних систем охорони здоров'я. Застосування принципу справедливості до медичного та немедичного втручанням, сприяння взаєморозумінню та розширенню діалогу між сектором охорони здоров'я і не пов'язаними з ним секторами підвищить ефективність національних систем інформації охорони здоров'я, поліпшить якість показників охорони здоров'я країни і тим самим принесе користь суспільству в цілому. Стратегія зменшення нерівності щодо здоров'я: для скорочення нерівностей щодо здоров'я необхідно вирішити наступні проблеми (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Питання скорочення нерівності у сфері здоров'я

Напрямок	Сутність питання
Етапи життя	<ul style="list-style-type: none"> * Соціальний захист жінок, майбутніх матерів і молодих сімей * Система загального високоякісної та доступної за вартістю освіти, виховання і догляду у ранньому дитинстві * Усунення небезпечних умов праці та забезпечення доступу до працевлаштування та можливості займатися високоякісними послугами * Узгоджені та дієві міжсекторальні заходи щодо усунення нерівностей в літньому віці
Все суспільство	<ul style="list-style-type: none"> * Підвищення рівня соціального захисту відповідно до потреб * Створення партнерств з людьми, яких турбує ця проблема, з громадянським суспільством та різними цивільними партнерами * Заходи щодо скорочення соціальної ізоляції * Підхід, заснований на забезпеченні гендерної рівності
Широкий контекст	<ul style="list-style-type: none"> * Використання системи податків та відрахувань для посилення справедливості * Планування на довгострокову перспективу шляхом виявлення зв'язків з іншими стратегіями
Система	<ul style="list-style-type: none"> * Підвищення узгодженості дій всіх секторів * Комплексні відповідні заходи * Регулярна звітність та громадський розгляд питань нерівності

Джерело: сформовано на основі [17].

Трансформаційне стратегічне управління діяльністю з розробки інформаційних систем охорони здоров'я передбачає досягнення цілей поряд із забезпеченням соціальної справедливості у сфері охорони здоров'я, ознаменувало собою активізацію стратегічного підходу до зміцнення стратегічного управління в інтересах здоров'я і міжсекторальних дій. Це забезпечило відмінну основу для переведення в практичну площину і здійснення порядку денного на період до 2030 року і цілей у сфері сталого розвитку, які передбачають введення належного адміністрування, нові моделі партнерства і розширення масштабів міжсекторальної роботи як засобу виконання глобальних, регіональних і національних цілей і завдань, а також вирішення складних глобальних проблем сучасності. Трансформаційний підхід до вдосконалення стратегічного адміністрування підтримується загальносистемними підходами для кожного окремого рівня або елемента системи (уряди в цілому, суспільства в цілому, міста в цілому і школи в цілому), які охоплюють всі рівні стратегічного управління в межах системи-від міжнародного до національного і від регіонального до місцевого.

Потенціал міжсекторального стратегічного управління в інтересах здоров'я та добробуту залежить від трьох ключових факторів: 1) права на здоров'я та секторальних повноважень на здійснення багатосекторальних та міжсекторальних дій в інтересах здоров'я та добробуту; 2) виділення ресурсів та організації багато секторальних і між секторальних дій в інтересах здоров'я та добробуту; 3) потенціалу установ та окремих осіб для розробки, впровадження та здійснення багатосекторальних та міжсекторальних дій в інтересах здоров'я та добробуту. /Керівництво процесом, в якому бере участь багато зацікавлених сторін, вимагає нового мислення і наявності нового кадрового потенціалу на рівні міністерств охорони здоров'я. Країні з метою нарощування власного потенціалу шляхом обміну досвідом налагодження успішного між секторального взаємодії в інтересах здоров'я та добробуту доцільно розпочати демонстрацію позитивних результатів. Регулярне навчання з питань дипломатії охорони здоров'я також сприяє нарощуванню потенціалу в цій сфері. Особливої

уваги заслуговують дослідження, присвячене економічним аспектам профілактики), також сприяють нарощуванню потенціалу.

Хоча громадяни мають право приймати самостійні рішення і самі несуть відповідальність за свою поведінку, наявні у них можливості обумовлені цілим рядом політичних і соціальних факторів. Вибір на користь здорового способу життя може бути пов'язаний з певними труднощами або матеріальними витратами. У громадян може бути недостатньо інформації, навичок і ресурсів для того, щоб зробити правильний вибір. Часом незрозуміло, як той чи інший варіант вибору може відбитися на здоров'ї. Іноді можливість вибору на користь здоров'я взагалі відсутня. Є лише «нездорові» варіанти; або ж людина може перебувати у складних життєвих обставинах, які супроводжуються високим рівнем стресу і нестатками, бути частиною соціальної групи, яка стикається з забобонами та дискримінацією, і не мати коштів і можливостей для того, щоб повністю реалізувати свій потенціал. Для вирішення подібних проблем потрібна наявність цілого пакету комплексних підходів, включаючи інформування та просвітництво; роботу з соціальними детермінантами, що негативно позначаються на можливості здорового вибору; використання стратегій "підштовхування", а також прийняття податково-бюджетних і регуляторних заходів. Робота в цьому напрямку також передбачає прийняття сприяння та підтримку заходів іншими секторами, наприклад, їх активній прихильності справі підвищення грамотності населення в питаннях здоров'я.

Такі підходи повинні супроводжуватися заходами щодо розширення прав і можливостей людей і наданням їм підтримки за місцем проживання, у відвідуваних ними навчальних закладах, на роботі і в соціумі. Також обговорювалися попередні умови досягнення узгодженості політики секторів охорони здоров'я, зовнішньої політики та розвитку. До них відносяться: важливість політичної прихильності на високому рівні; необхідність активної участі міністерств охорони здоров'я у рішенні питань глобальної охорони здоров'я; акцент на значущості даного процесу; встановлення довірчих відносин, взаєморозуміння та спільної культури взаємодії між фахівцями з різних секторів;

виділення часу та фінансових ресурсів; допомога дипломатам у покращенні розуміння ними питань охорони здоров'я. Оскільки за міжнародні переговорні процеси, як правило, відповідають Міністерства закордонних справ, вкрай важливо, щоб свій внесок до них могли вносити і Міністерства охорони здоров'я, надаючи інформацію про потенційний вплив рішень, що приймаються в інших секторах, на здоров'я людей. Зокрема, існує ряд сфер, в яких моніторинг та оцінка або підвищення ролі фактичних даних мають особливе значення в якості основи для розвитку міжсекторальної взаємодії. Аналіз політики, нові види даних, включаючи якісні дані, розповідну інформацію та інституційний потенціал, можуть сприяти процесу аналізу та звітності в сфері суспільного охорони здоров'я. До таких сфер можна віднести: аналіз витрат і вигод, пов'язаних з реалізацією міжсекторальних заходів, який міг би забезпечити необхідні оціночні дані про можливу економію коштів та надходження в бюджет, що виникають внаслідок розширення міжсекторальної взаємодії; доопрацювання підходів до проведення оцінки впливуваних заходів на здоров'я; здійснення міжсекторальних дій з метою забезпечення більшої справедливості щодо здоров'я.

Висновки до розділу 3

1. Результати проведеного дослідження істотно доповнили дані літератури про детермінанти здоров'я, секторах держави і суспільства, зацікавлених в його охороні та характеристиках взаємодії, що дало можливість розробити багатовекторний автоматизований спосіб оцінки успішності міжсекторальної взаємодії з питань охорони здоров'я в територіальній освіті (утвореннях) і на його основі спроектувати відповідну технологію оптимізації. При цьому основні напрямки оптимізації інтегровані в одну схему, яка складається з ряду елементів: оцінки успішності цього процесу, сукупності цілеспрямовано проведених заходів, зв'язків між ними.

2. Початковим етапом оптимізації функціонування системи міжсекторальної взаємодії з питань охорони здоров'я населення є первинна оцінка. Практична оцінка міжсекторальної взаємодії досить проста і полягає у визначенні рівня кожного інформативного вектора і критерію і введенні даних в комп'ютер. Спосіб відкритий для подальшого доопрацювання і вдосконалення. Наприклад, під час зміни векторів або критеріїв, коефіцієнтів важливості, вдосконаленні моделей оцінки тощо. У разі незадовільної оцінки шляхом цілеспрямованого аналізу встановлюються ті вектори і критерії, які її визначили, і здійснюються необхідні цілеспрямовані коригуючі заходи. Природно, що заходи по корекції діяльності проводяться і у випадках визначення сприятливих результатів. В подальшому здійснюється динамічна багатовекторна оцінка, яка виконує роль зворотного зв'язку.

3. В межах реалізації пропонованої технології оптимізації з'явилася можливість конкретизувати формування спеціальних програм, спрямованих на охорону здоров'я населення. При цьому використовуються як результати багатовекторної оцінки, так і встановлені в дослідженні перелік і значимість детермінант здоров'я, характеристики впливу на кожну з них описаних зацікавлених секторів. Отримані дані дозволили обґрунтувати технологію оптимізації міжсекторальної взаємодії з питань охорони здоров'я населення.

ВИСНОВКИ

1. У багатьох державах членах в Європейському регіоні набирає темпи реалізація політики Здоров'я – 2030. Запорукою її успіху є міжсекторальна взаємодія. Проте забезпечення такої взаємодії у сфері формування і практичного здійснення політики наразі залишається комплексним і важким завданням. Сьогодні ілюструє існуючі можливості, труднощі та накопичений досвід у сфері міжсекторальної взаємодії і визначає можливий напрямок подальших дій з метою обміну важливими висновками і прикладами передового досвіду з різних куточків регіону.

2. Термін «Міжсекторальна взаємодія» позначає безперервний процес, який охоплює двостороннє та багатостороннє співробітництво, а також має більш широкий змістом принцип врахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях і участі в роботі всієї держави і всього суспільства. Ефективна міжсекторальна взаємодія є необхідною умовою надання впливу на сучасні детермінанти здоров'я і благополуччя та знаходиться у площині політики Здоров'я – 2030. Європейський регіон ВООЗ володіє значним досвідом у сфері підтримки між секторальної взаємодії, наприклад, в межах Європейського процесу «довкілля і здоров'я» та Європейської мережі ВООЗ «здорові міста».

3. Надання впливу на детермінанти здоров'я ХХІ ст. є досить складним завданням. Здоров'я – це політичний вибір, і наразі багато урядів приділяють першорядне значення економічній, торговельній і промисловій політиці, ніж охороні здоров'я. Тим не менш вкладання коштів у здоров'я людей є найважливішою умовою сталого розвитку, включаючи розвиток економіки; внаслідок цього здоров'я займає центральне місце в порядку денному на період після 2020 р. не тільки як самоціль, але і як фактор, що сприяє досягненню інших цілей сталого розвитку, а також виграє від забезпечуваних благ у результаті їх досягнення.

4. Домогтися міжсекторальної взаємодії непросто, проте вона є необхідною умовою досягнення узгодженості проведеної політики, ефекту

синергії і координації дій різних секторів і забезпечує основу для підзвітності в сфері охорони здоров'я. Для того щоб домогтися прогресу у вирішенні ряду комплексних пов'язаних з охороною здоров'я завдань необхідно забезпечити міжсекторальну взаємодію; прикладами таких завдань можуть служити вплив на соціальні детермінанти здоров'я і зниження соціальної несправедливості, що виявляється в показниках здоров'я населення.

5. Міжсекторальна взаємодія повинна бути зосереджена на ключових пріоритетних завданнях громадської охорони здоров'я; сприяти тому, щоб реалізації втручань завжди передувала робота з надання впливу на соціальні детермінанти здоров'я і зниження соціальної несправедливості щодо здоров'я; бути постійно орієнтоване на важливі міжнародні та глобальні програми, такі як Політика сталого розвитку; бути EUR/RC65/16 направлено на надання максимального впливу на ситуацію і використання дієвих рішень; припускати встановлення контактів з іншими секторами і побудова взаємовигідних партнерських відносин.

6. Для подальшого розвитку міжсекторальної взаємодії необхідно визначити нові ролі не лише для міністерств і міністрів охорони здоров'я, але і для міністрів з інших секторів. Дуже важливо в максимальній мірі інтегрувати використання вже існуючих і нових механізмів міжсекторального співробітництва; забезпечити адекватний потенціал для проведення міжсекторальної роботи на рівні міністерств охорони здоров'я; створювати офіційні та неформальні форуми та можливості для міжсекторального діалогу та набуття знань; діяти на політичному і нормативно-правовому, а також технічному та організаційному рівнях, застосовуючи прагматичні і покрокові підходи.

7. Наразі накопичено великий досвід і знання про те, які інституційні та функціональні процеси сприяють практиці прийняття між секторальних стратегічних рішень. Однак насправді досягнення системної та стабільної міжсекторальної взаємодії продовжує залишатися важким завданням, особливо з позиції підтримки зацікавленості в такому взаємодії на високому політичному рівні та забезпечення наявності стійких інституційних процесів. Місцеве

лідерство в інтересах міжсекторальної взаємодії може носити інноваційний і вельми важливий характер. Сектори освіти та соціального забезпечення грають ключову роль у виконанні рекомендацій заключної доповіді «Огляд соціальних детермінант здоров'я і розриву за показниками здоров'я у Європейському регіоні ВООЗ».

8. Наразі питання здоров'я у зовнішньополітичних процесах і співробітництво у сфері розвитку мають більше значення, ніж раніше. Важливим завданням є забезпечити постійну орієнтацію на глобальні процеси, такі як здійснення міжнародних медико-санітарних правил і Рамкової конвенції ВООЗ по боротьбі проти тютюну. Створення можливостей для обміну думками на європейському рівні, наприклад, неформальних форумів, які сприяють міжсекторального діалогу та взаємодії, може бути корисним не лише з метою забезпечення більшої злагодженості міжнародного співробітництва, але і для прийняття узгоджених рішень під час здійснення науково та емпірично обґрунтованих втручань на національному рівні, що додасть більшу легітимність міжсекторальних дій в країнах.

9. Таким чином, подальше проведення моніторингу та оцінки, а також збір інформації, фактів і результатів наукових досліджень мають найважливіше значення. Європейське регіональне бюро ВООЗ продовжить розробляти методологічні посібники, в тому числі шляхом підготовки серії секторальних та тематичних аналітичних довідок, а також розширення роботи мережі з питань використання даних наукових досліджень при формуванні політики, для того щоб надавати підтримку процесу реалізації програм, збирати, систематизувати і аналізувати використовувані на практиці методи роботи з усіх куточків регіону, витягувати уроки з здійснюваної діяльності, пропонувати ефективні втручання і стимулювати співпрацю з іншими агентствами та міжнародними партнерами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. McDaid D, Sassi F, Merkur S, (ed.) Promoting health, preventing disease: the economic case. Maidenhead: Open University Press; 2015, P. 100–102.
2. Martin G, Grant A, D’Agostino M. Global health funding and economic development. *Global Health*. 2012. P. 129–134.
3. Maeckelberghe E, McKee M. Changing your health behaviour: regulate or not? *Eurohealth*. 2015. Vol. 21(1). P. 21–23.
4. Anderson G. et al., Hussey P. Comparing health system performance in OECD countries. *Health Affairs*, 2001. Vol. 20. P. 219–232.
5. Whitehead M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health? *Lancet*. 1991; 338(8774): 1059–63. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)91911-d18](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)91911-d18).
6. Bartley M. Health and the life course: why safety nets matter.
7. *Br. Med. J.* 1997; 314(7088): 1194–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7088.1194>.
8. WHO. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva; 2008. URL: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf.
9. WHO. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva; 2010. URL: https://www.who.int/sdhconference/resources/Conceptualframeworkforactionon-SDH_eng.pdf
10. Human Development Report 2016. United Nations Development Programme. New York; 2016. Available at: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf
11. Thokala P., Duenas A. Multiple criteria decision analysis for health technology assessment. *Value Health*. 2012; 15(8): 1172–81. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2012.06.01526>.
12. Diaby V., Campbell K., Goeree R. Multi-criteria decision analysis (MCDA) in health care: A bibliometric analysis. *Oper. Res. Health Care*. 2013; (1-2):

20–4. <https://doi.org/10.1016/j.orhc.2013.03.00127>.

13. Aguirre-Raya K.A., Castilla-Peón M.F., Barajas-Nava L.A., Torres-Rodríguez V., Muñoz-Hernández O., Garduño-Espinosa J. Self-perception and knowledge of evidence based medicine by physicians. *BMC Med. Educ.* 2016; P. 16–166. URL: <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0681-632>.

14. Marin H, Massad E, Gutierrez MA, Rodrigues RJ, Sigulem D, editors. *Global health informatics: how information technology can change our lives in a globalized world*. New York: Elsevier; 2017.

15. Teich JM. Clinical information systems for integrated healthcare networks. *Proc AMIA Symp.* 1998; 19–28.

16. Reichertz PL. Hospital information systems – past, present, future. *Int J Med Inform.* 2006; 75: 282–99.

17. Haux R. Health information systems – past, present, future. *Int J Med Inform.* 2006; 75: 268–81.

18. Kuhn KA, Giuse DA. From hospital information systems to health information systems. Problems, challenges, perspectives. *Methods Inf Med.* 2001;40:275–87.

19. Weber GM, Mandl KD, Kohane IS. Finding the missing link for big biomedical data. *JAMA.* 2014;311: 2479–80.

20. Aminzadeh S. *Improving population health through new data sources: leveraging non-traditional, consumer & survey data*. Chicago: Becker Health Care; 2018 URL: <https://www.beckershospitalreview.com/population-health/improving-population-health-through-new-data-sources-leveraging-non-traditional-consumer-survey-data.html>

21. Bates DW, Pappius E, Kuperman GJ, Sittig D, Burstin H, Fairchild D et al. Using information systems to measure and improve quality. *Int J Med Inform.* 1999;53:115–2

22. Beam AL, Kohane IS. Big data and machine learning in health care. *JAMA.* 2018;319:1317–8. 2018;319:1317–8.

23. Badawi O, Brennan T, Celi LA, Feng M, Ghassemi M, Ippolito A et al. Making big data useful for health care: a summary of the inaugural MIT Critical Data

Conference. *JMIR Med Inform.* 2014;2:e22.

24. Ehteshami Bejnordi B, Veta M, Johannes van Diest P, van Ginneken B, Karssemeijer N, Litjens G et al. Diagnostic assessment of deep learning algorithms for detection of lymph node metastases in women with breast cancer. *JAMA.* 2017;318:2199–2210.

25. Grannis SJ, Overhage JM, McDonald CJ. Analysis of identifier performance using a deterministic linkage algorithm. *Proc AMIA Symp.* 2002;305–9.

26. Gulshan V, Peng L, Coram M, Stumpe MC, Wu D, Narayanaswamy A et al. Development and validation of a deep learning algorithm for detection of diabetic retinopathy in retinal fundus photographs. *JAMA.* 2016;316:2402–10.

27. Panch T, Szolovits P, Atun R. Artificial intelligence, machine learning and health systems. *J Glob Health.* 2018;8:020303.

28. Emanuel EJ, Wachter RM. Artificial intelligence in health care: will the value match the hype? *JAMA.* doi: 10.1001/jama.2019.4914. [Epub ahead of print]

29. Determinants of health. Arlington (MA): GoInvo; 2017 URL: <https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health>

30. Boonstra A, Broekhuis M. Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians from systematic review to taxonomy and interventions. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:231.

ДОДАТКИ