УДК 616.895.8-082.4/.6:340.63-039.76
https://doi.org/10.31612/2616-4868.3.2026.01

МОДЕЛЬ ІНТЕГРАЦІЇ ПРОФІЛАКТИКИ В ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Михайло Д. Дячук, Дмитро Д. Дячук, Олег Л. Зюков

Державна наукова установа «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Резюме

Вступ. Профілактика як складова медичної допомоги визначена стратегічним напрямом розвитку систем охорони здоров'я. Постаріння населення, зростання тягаря хронічних неінфекційних захворювань, наслідки пандемії COVID-19, кризові події у світі, зокрема воєнні події в Україні, актуалізують питання профілактики та обумовлюють необхідність посилення системної інтеграції профілактики в охорону здоров'я.
Мета. Провести аналіз сучасних підходів до профілактики хвороб і покращення здоров'я населення та розробити функціонально-організаційну модель інтеграції профілактики в охорону здоров'я.
Матеріали та методи. Матеріали дослідження: 30 наукових джерел з бази даних PubMed, вітчизняні наукові праці та нормативно-правові акти України. Методи: бібліографічний, аналітичний, узагальнення, графічного моделювання.
Результати. Встановлено, що сучасні світові підходи до інтеграції профілактики ґрунтуються на концепціях універсального охоплення здоров'ям (UHC), «Здоров'я в усіх політиках» (HiAP) та підході життєвого циклу (Life-course approach). На їх основі розроблено функціонально-організаційну модель інтеграції профілактики, що включає суб'єкти моделі на вертикальному (від закладів охорони здоров'я до органів державного управління) та горизонтальному (міжсекторальна взаємодія) рівнях, об'єкти впливу (людина, вікові періоди з притаманними особливостями здоров'я, факторами ризику та моделями поведінки; детермінанти здоров'я, групи ризику, пріоритетні захворювання), та інструменти інтеграції. Модель передбачає використання електронної інформаційної системи для моніторингу показників здоров'я, факторів ризику, діяльності закладів охорони здоров'я та результатів виконання профілактичних програм. Результатом інтеграції мають стати програми профілактики хвороб, збереження і зміцнення здоров'я населення.
Висновки. Інтеграція профілактики в охорону здоров'я є необхідною умовою підвищення ефективності та якості медичних послуг, зменшення тягаря хвороб і забезпечення стійкості систем охорони здоров'я. Запропонована модель може бути використана як інструмент управління на різних рівнях системи охорони здоров'я для оптимізації профілактичної діяльності та прийняття обґрунтованих управлінських рішень.

Ключові слова: **профілактика, фактори ризику, кризові події, Life-course approach, міжсекторальна взаємодія**

ВСТУП

Профілактика як складова медичної допомоги залишається стратегічною метою систем охорони здоров'я. Завдяки профілактиці можна зберегти здоров'я населення, попередити або зменшити наслідки епідемій, гострих і хронічних захворювань, розвиток ускладнень після патологічних станів, зменшити навантаження на структури, які надають лікувальну і діагностичну допомогу, підвищити економічну ефективність медичної допомоги та зменшити витрати на охорону здоров'я.

Водночас досягти пріоритезації профілактики в системі медичної допомоги не вдається вже доволі тривалий час; у сучасних системах охорони здоров'я акцент зміщений на боротьбу з хворобами, а ставлення населення до профілактики недостатньо відповідальне [1].

Виклики, зумовлені збільшенням тягаря хронічних захворювань, зростанням витрат на охорону здоров'я,

ускладненням технологій медичної допомоги, постарінням населення, обмеженими бюджетами та кризовими подіями, загострили необхідність посилення профілактики. Зокрема, в Україні однією з найбільш гострих проблем є тривала демографічна криза, пов'язана з низьким рівнем народжуваності й високим рівнем смертності, внаслідок якої частка населення старших вікових груп зросла у 2021 році до 24,8 % [2].

Ще одна причина – високий рівень захворюваності та поширеності неінфекційних захворювань, частка яких у загальній структурі за п'ятіркою лідерів становить відповідно 69,3 % та 71,6 %. Непрямий вплив на здоров'я коронавірусної інфекції позначився розладами психічного здоров'я, а наслідки – постковідним синдромом із симптомами порушення різних систем і органів. В Україні офіційно за період епідемії зареєстровано 5 562 748 підтверджених випадків коронавірусної інфекції, померли 112 478 людей [3].

Вплив війни позначився тим, що величезна кількість українців залишилася без житла, втратила засоби до існування, вимушено покинула рідні місця проживання [4]. Станом на кінець 2024 року, з 24 лютого 2022 року, в країнах Європи зареєстровано понад 6,3 млн українських громадян як осіб, що потребують тимчасового міжнародного захисту. Ще майже 560 тисяч українських громадян перебувають за межами Європи [5]. Ці люди перебувають під впливом ризиків інфекційних захворювань, порушень ментального здоров'я, загострення хронічних неінфекційних хвороб, дезадаптації. Усі українці мають ризики фізичних травм та психоемоційних розладів.

Кризові події формують глобальний тягар захворювань вкупі з низкою індивідуальних (генетичних і поведінкових), соціальних, економічних і екологічних факторів ризику для здоров'я населення та зумовлюють скорочення основних медичних послуг, зокрема профілактики, тоді як профілактика спроможна зменшити негативний вплив викликів на здоров'я населення та підвищити стійкість систем охорони здоров'я [6].

Окремими вітчизняними дослідженнями висвітлено питання важливості профілактичних технологій: епіднагляду, моніторингу, вакцинації як складових антикризового менеджменту (К. В. Щиріна, О. К. Толстанов, 2023) [7]; підвищення санітарної культури населення; вдосконалення управління фізичною культурою і спортом на регіональному рівні для профілактики наслідків кризових ситуацій (Сазонець І. Л., Зима І. Я., 2018) [8]; охорони психічного здоров'я в умовах війни (Т. Охлопкова, О. Брацюк, 2022) [9]. Більше досліджень присвячено питанням профілактики окремих хвороб і патологічних станів: психологічній допомозі як засобу профілактики посттравматичного стресового розладу (Божук О. А., 2025) [10]; фізичній реабілітації як фактору профілактики гіподинамії студентів в умовах війни (Гомонай І. В., Товкун Л. П., Бондарчук В. І., Гриненко Ю. О., Бондарчук А. Г., 2026) [11]; екстреній профілактиці гемоконтактних гепатитів і ВІЛ-інфекції у військовослужбовців в умовах війни (А. М. Бондаренко, 2024) [12]; скринінгу функції легень, ранній діагностиці та респіраторній реабілітації після бойових дій у військовослужбовців (Ю. І. Фещенко, Л. М. Курик, Н. А. Примушко, О. А. Канарський, О. І. Крилач, І. П. Турчина, 2025) [13].

Отже, незважаючи на свій тривалий і непростий історичний шлях, профілактика постійно має набувати нового змісту і пропонувати людям можливості захисту здоров'я, реагуючи на кризові події, що відбуваються в суспільстві і навколишньому середовищі [14, 15]. В умовах вітчизняного сьогодення тема профілактики в охороні здоров'я з позицій системного управління потребує свого подальшого розвитку, що обумовило актуальність даного дослідження.

МЕТА

Мета дослідження: провести аналіз сучасних підходів до профілактики хвороб і покращення здоров'я населення та розробити функціонально-організаційну модель інтеграції профілактики в охорону здоров'я.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріали дослідження були використані на етапах обґрунтування актуальності теми, проведення дослідження та обговорення результатів і включали вітчизняні наукові публікації, розміщені на веб-сайтах закладів вищої освіти та на платформі ResearchGate, вітчизняні нормативно-правові акти, розташовані на Офіційному веб-порталі Верховної Ради України https://www.rada.gov.ua, та іноземні наукові джерела з наукометричної бази даних PubMed; всього 30 од. До огляду було включено публікації, що відповідали таким критеріям: тематична актуальність для вивчення профілактики та її сучасних моделей; оригінальні дослідження; систематичні огляди, дослідження та рекомендації міжнародних організацій; вітчизняні нормативно-правові акти за темою, чинні на момент проведення дослідження; публікації за останні 5-7 років; наявність повних текстів публікацій.

Критеріями виключення були: невідповідність публікації темі дослідження; відсутність повного тексту, DOI або індексації в базі PubMed (за наявності інших ознак низької якості); термін публікації > 7-10 років; а також приналежність джерел до публіцистичного чи науково-популярного жанрів.

Стратегія пошуку передбачала використання ключових слів «профілактика», «інтеграція», «охорона здоров'я», «населення», «модель», «концепція», «міжсекторальний підхід».

Методи дослідження: бібліографічний, аналітичний, графічного моделювання, узагальнення.

РЕЗУЛЬТАТИ

Аналіз матеріалів дослідження засвідчив, що підходи до розробки організаційної моделі профілактики в охороні здоров'я можуть засновуватися на кількох сучасних міжнародних концепціях: універсальне охоплення здоров'ям (Universal Health Coverage (UHC); здоров'я у всіх політиках (HiAP); підхід до здоров'я на основі життєвого циклу (Life-course approach). Усі концепції пов'язані між собою.

Універсальне охоплення здоров'ям (UHC) є однією з Цілей сталого розвитку (ЦСР), які країни світу поставили перед собою на період до 2030 року. Універсальне охоплення здоров'ям (Ціль 3.8) полягає в тому, щоб усі люди отримували якісні медичні послуги, які їм потрібні, коли і де вони їм потрібні, без фінансових труднощів, та охоплює весь спектр основних медичних послуг: зміцнення здоров'я, профілактика захворювань, лікування, реабілітація та паліативна допомога протягом усього життя. Ступінь досягнення Цілі вимірюється за двома показниками моніторингу: показник ЦСР 3.8.1 – Індекс охоплення послугами та показник ЦСР 3.8.2 – частка населення, яке стикається з фінансовими труднощами у сфері охорони здоров'я. За результатами моніторингу, кількість населення світу, не охопленого повністю основними медичними послугами у 2023 році, налічувала близько 4,6 мільярда людей [16-18].

На основі одержаних даних, з метою підтримки прогресу в досягненні Цілі 3.8, ВООЗ прийняла Глобальну стратегію охорони здоров'я на 2025-2028 роки, в якій наголошується на необхідності посилення профілактики, зміцнення здоров'я та надання основних громадських послуг з охорони здоров'я. Це передбачає, зокрема, зниження ризику впливу детермінант здоров'я в ключових політиках у всіх секторах економічної діяльності, удосконалення первинної медико-санітарної допомоги, вирішення проблеми нерівності в доступі до медичних послуг [19].

Дослідниками доведено, що сприяння рівності в охороні здоров'я та захист людської гідності закладені в UHC в різних секторах та на різних рівнях суспільства, тому надання медичних послуг розглядається через взаємодію між секторами охорони здоров'я, фінансів, економіки, соціального та політичного секторів [20].

Зусилля, спрямовані на заохочення взаємодії суб'єктів охорони здоров'я та інших секторів на благо здоров'я та рівності у сфері охорони здоров'я, відомі як підходи «Здоров'я в усіх політиках» (HiAP). Зміцнення, збереження й покращення здоров'я однозначно пов'язане з соціальними, політичними, економічними та екологічними умовами, в яких людина отримує змогу працювати, здобувати освіту, відпочивати, брати участь у суспільному житті безпечно та без шкоди для здоров'я. Надання доступу до медичних послуг, гідних умов праці та заробітної плати, соціального захисту, створення фізичної та екологічної безпеки, запобігання дискримінації, сприяння соціальній інтеграції обумовлюють необхідність співпраці між секторами. Міжсекторальна політика та відповідні дії мають відбуватися як на національному, так і на районному рівнях [21].

Наступна Концепція здоров'я, що охоплює життєвий цикл людини (Life-course approach), передбачає врахування детермінант здоров'я, розглянутих в інших політиках, на індивідуальному рівні залежно від періоду життя людини, який визначається її віком. До факторів ризику для здоров'я відносять психосоціальні, економічні, екологічні, а також генетичні, біологічні фактори. За сутністю Концепції, здоров'я та благополуччя залежать не просто від взаємодії цих численних факторів ризику, але й від особливостей їх впливу на людину в особливо чутливі й критичні періоди життя та при переході до наступних поколінь. Залежно від періоду життя фактори ризику змінюються з часом. Життєвий цикл включає сприятливий початок життя (здоров'я немовлят, дітей, підлітків та молоді – 0-24 роки), здоров'я дорослих (25-59 років) та осіб старшого віку (60 років і старше). Оптимізація траєкторій здоров'я вимагає інвестицій у кожен життєвий етап, а розробка політики та утручань охоплює індивідуальний, громадський чи популяційний рівні – в рамках систем охорони здоров'я та інших секторів [22].

Слід зазначити, що переважна кількість завдань, пов'язаних з інтеграцією профілактики в охорону здоров'я, припадає на заклади первинної медичної допомоги. Це відповідає сучасному баченню первинної медико-санітарної допомоги, як такої, що працює за принципами справедливості та об'єднує в собі три взаємопов'язані та синергетичні компоненти: систематичне вирішення соціальних, економічних, екологічних та комерційних детермінант здоров'я за допомогою державної політики та дій, заснованих на доказах, у всіх секторах; розширення можливостей людей, сімей і громад контролювати своє здоров'я; забезпечення вирішення основних проблем зі здоров'ям шляхом комплексної промоційної, захисної, профілактичної, лікувальної,

реабілітаційної та паліативної допомоги протягом усього життєвого циклу людини [23, 24].

В Україні на стратегічному рівні прийнято рішення із забезпечення універсального доступу населення до якісних медичних послуг та інструментів реалізації цього права, посилення міжсекторальної координації державної політики, що впливає на охорону здоров'я [25]. Ці стратегічні цілі за сутністю узгоджені з вище розглянутими концепціями. Законом України «Про систему громадського здоров'я» передбачено захист здоров'я, зміцнення здоров'я населення, у тому числі вплив на детермінанти здоров'я, ефективне запобігання виникненню хвороб та мінімізацію їх випадків як складових основних оперативних функцій громадського здоров'я. До детермінантів здоров'я віднесено комплекс індивідуальних, соціальних, економічних і екологічних факторів, що визначають стан здоров'я окремих людей, контингентів або груп населення. Законом висунуто вимоги до участі різних суб'єктів відносин у сфері громадського здоров'я, від рівня уряду до суб'єктів господарської діяльності, з включенням органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, а також громадської інституції – Координаційної ради з громадського здоров'я, до якої повинні входити представники різних секторів діяльності регіонального рівня, а інструментом взаємодії визначено електронну інформаційну платформу громадського здоров'я [26].

На підставі аналізу світових концептуальних підходів та вітчизняних регуляторних актів, враховуючи особливості функціонування сфери охорони здоров'я в ризикових вітчизняних умовах та узагальнені вимоги до інтеграції профілактики в законодавчих і стратегічних документах, розроблено функціонально-організаційну модель інтеграції профілактики в охорону здоров'я населення як управлінський інструмент, завдяки якому керівник будь-якого рівня управління у сфері охорони здоров'я отримає змогу чітко визначати суб'єкти, об'єкти, процеси, інформаційне забезпечення, індикатори моніторингу профілактичних утручань та механізми взаємодії профілактики з клінічною медициною та іншими секторами економічної діяльності.

У центрі моделі знаходиться людина, для збереження, зміцнення та покращення здоров'я якої розроблено модель. Метою моделі є мобілізація усіх дотичних інституцій на інтеграцію профілактики в охорону здоров'я.

Здоров'я людини розглядається як динамічна категорія, яка формується і піддається впливу генетичних, вікових факторів та поведінкових моделей у взаємодії з соціальними, економічними та екологічними детермінантами. Усі детермінанти й фактори ризику змінюються з часом, залежно від періодів життя, вікових і статевих особливостей, типових поведінкових моделей, умов життєдіяльності, політичних відносин.

Суб'єктами моделі визначені на «вертикальному» рівні: заклади охорони здоров'я різних форм власності; органи місцевого самоврядування; територіальні громади та їх виконавчі комітети/ органи державної виконавчої влади – місцеві державні адміністрації, їх департаменти та управління; департаменти охорони здоров'я, Центри контролю і профілактики хвороб (ЦКПХ), Координаційна рада з громадського здоров'я; Центр громадського здоров'я МОЗ України; Міністерство охорони здоров'я; Кабінет Міністрів України.

На «горизонтальному» рівні представництва секторів формують: відділи/управління/департаменти охорони здоров'я територіальних громад, соціального захисту, освіти, містобудування, національної поліції, екології, транспорту, економіки, фінансів, громадських організацій та ін. Відповідні структури залучаються на рівні міністерств і відомств, в межах урядової діяльності.

Об'єктами в моделі інтеграції визначаються фактори ризику для здоров'я з урахуванням віково-статевих особливостей та специфічних факторів ризику в різні періоди життя:

1) дитячий вік (важливими в ранньому дитинстві є стан здоров'я батьків, зокрема матері, вживання алкоголю, наркотиків, куріння тютюну, характер вигодовування дитини, побутові умови, догляд, схильність до інфекційних захворювань, низький рівень імунного захисту, у шкільному віці – розвиток гіподинамії, характер харчування, формування шкідливих звичок, схильність до електронних продуктів);

2) підлітковий вік (схильність до шкідливих звичок, практика ризикованої сексуальної поведінки, схильність до психічних розладів і травматизму), молодий вік (малорухливий спосіб життя, нездорове харчування, куріння, алкоголь, можливі репродуктивні розлади, підвищена психоемоційна напруга, професійні ризики, травматизм, хронічні неінфекційні хвороби);

3) старший вік (хронічні неінфекційні хвороби, високі ризики падінь і травматизму, когнітивні порушення, поліпрагмазія, соціальна ізоляція).

До об'єктів в моделі інтеграції належать також статеві і гендерні характеристики, які впливають на захворюваність, визначають структуру груп ризику, зміст і обсяги скринінгових заходів.

Слід врахувати як об'єкти, з огляду на поточну політичну, економічну, воєнну ситуацію, окремі групи населення зі специфічними проблемами, які стають факторами ризику для здоров'я: особи, які

мають статус внутрішньо переміщених осіб; особи з інвалідністю; сім'ї з низьким рівнем доходу; особи з низьким рівнем медичної й цифрової грамотності.

Для кожної з цих груп характерні специфічні фактори ризику, відповідно:

1) для внутрішньо переміщених осіб – психоемоційні розлади, підвищені ризики інфекційних хвороб і порушень репродуктивного здоров'я, розлади адаптації, перерва в медичному спостереженні;

2) для осіб з інвалідністю – зниження функціональних резервів, психоемоційні розлади, соціальна ізоляція;

3) для сімей з низьким рівнем доходу – низька доступність медичної допомоги, пізнє звернення за медичною допомогою, самолікування, шкідливі звички, низький рівень освіти;

4) для осіб з низьким рівнем медичної й цифрової грамотності – низька прихильність до лікування, низька поінформованість у сфері збереження і зміцнення здоров'я, зокрема послуг в охороні здоров'я.

Замикають перелік об'єктів категорії захворювань, які насамперед підлягають профілактиці як пріоритетні для популяції: інфекційні (соціально значущі – туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД; COVID-19, грип та інші респіраторні хвороби; особливо небезпечні інфекції); неінфекційні захворювання (хвороби системи кровообігу, онкологічні хвороби, хронічні обструктивні захворювання легень, цукровий діабет); порушення психоемоційного здоров'я; травми та інші наслідки зовнішніх причин; метаболічні розлади.

Розподіл функцій між суб'єктами моделі визначається місцем у «вертикальній» та «горизонтальній» структурі моделі. Заклади охорони здоров'я проводять первинну (виявлення факторів ризику, вакцинація, профілактичні огляди, інформаційно-просвітницька робота), вторинну (скринінги) і третинну (реабілітація, паліативні послуги) профілактику на індивідуальному та груповому рівнях. Інтеграція профілактики між закладами різних видів медичної допомоги забезпечується: електронними направленнями, виписками, клінічними протоколами медичної допомоги зі структурованим описом профілактичних утручань, клінічними маршрутами пацієнтів із потребами в реабілітації, паліативній допомозі; телемедичними технологіями; мультидисциплінарними та міжпрофесійними командами. Ці інструменти інтеграції регулюються й координуються нормативними актами: виконавчих органів (відповідних управлінь) територіальної громади – на локальному рівні; департаментів охорони здоров'я – на регіональному; Міністерства охорони здоров'я та Кабінету Міністрів України – на галузевому та державному рівнях.

Як інструменти посилення співпраці між медичними та соціальними службами, з огляду на соціально-економічні детермінанти здоров'я, доцільно запровадити представництво соціальної служби в закладах охорони здоров'я щодо активного виявлення осіб, які підлягають соціальному супроводу і соціальній опіці, через активне виявлення в них соціально-економічних факторів ризику. Перехресні функції первинної та вторинної профілактики, епіднагляду і моніторингу показників здоров'я, а також інфекційного контролю вимагають більш тісної співпраці з фахівцями громадського здоров'я, посади яких також доцільно ввести до складу відділу інфекційного контролю закладу охорони здоров'я або забезпечити співпрацю закладу охорони здоров'я з ЦКПХ (на регіональному рівні).

Формами співпраці між різними організаціями доцільно обрати угоди, договори як формалізовані документи, в яких визначатиметься спільна мета діяльності у сфері профілактики хвороб, моніторингу здоров'я населення, виявлення факторів ризику, підвищення рівня інформаційної обізнаності населення з питань зміцнення, збереження і покращення здоров'я. До формалізованого документа додається план заходів, визначаються відповідальні особи, терміни виконання, ресурсне забезпечення та координатори виконання плану.

Інтеграція профілактики в діяльність секторів на різних рівнях моделі полягає в залученні їх представництв до розгляду питань впливу на здоров'я населення соціально-економічних і екологічних ризиків відповідно до географічної території проживання (регіону, країни) та прийняття рішень з їх мінімізації.

Сутність інтеграції полягає в інформаційному забезпеченні зацікавлених осіб про детермінанти здоров'я і фактори ризику для здоров'я за даними місцевого, регіонального, національного моніторингу, про стан здоров'я населення громад і країни загалом – за даними епіднагляду. Ці дані формуються на рівні місцевих громад закладами охорони здоров'я, регіональних громад – закладами охорони здоров'я та ЦКПХ. ЦКПХ проводять також аналіз трендів у рівнях здоров'я та поширеності факторів ризику. Для проведення моніторингу визначаються індикатори, які відображають показники здоров'я населення, фактори ризику, ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я, профілактичну діяльність усіх інституцій у межах відповідної території. Специфічні показники соціально-економічних та екологічних детермінант додаються до бази даних відповідними секторами. Збір даних та їх моніторинг в режимі реального часу відбуваються в електронній

системі. Дані доступні для усіх зацікавлених сторін з дотриманням конфіденційності.

Надалі виконавчі органи місцевих та регіональних (департаменти охорони здоров'я) громад організовують спільне проведення представниками секторів аналізу причинно-наслідкових зв'язків виявлених детермінант здоров'я, факторів ризику і стану здоров'я громади, обговорення результатів, обмін думками, розробку та прийняття рішень з покращення ситуації в громаді за результатами обговорення. Ці функції виконуються за ініціативи та лідерства представництвом медичного сектору. Рішення мають бути реалізовані шляхом підготовки проєктів міських/районних/регіональних міжсекторальних програм профілактики хвороб, збереження та зміцнення здоров'я населення з наступним їх затвердженням на сесії місцевої/ обласної ради та подальшим виконанням. Майданчиком для обговорення слугує Координаційна рада з питань громадського здоров'я з цільовим складом представників кожного сектору.

Міські, селищні, районні, обласні ради розглядають і затверджують проєкти профілактичних програм та забезпечують їх фінансування.

Центр громадського здоров'я МОЗ України виконує функції порівняльного аналізу та визначення регіональних відмінностей у здоров'ї та детермінант, які його визначають, проводить аналіз тенденцій змін на національному рівні, готує пропозиції з визначення національних пріоритетів та розробки проєктів національних профілактичних програм, проводить оцінку ефективності профілактики в охороні здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я формує державну політику у сфері профілактики в охороні здоров'я, здійснює нормативно-правове регулювання на галузевому рівні, координує й контролює діяльність з інтеграції профілактики на галузевому рівні, ініціює й просуває розгляд питань профілактики на засіданнях координаційної ради з громадського здоров'я національного рівня, планує ресурсне забезпечення національних профілактичних програм за межами регіональних програм.

Уряд координує й регулює взаємодію та співпрацю міністерств і відомств, дотичних до профілактики в охороні здоров'я, розглядає і затверджує державні програми профілактики.

Модель інтеграції профілактики в охорону здоров'я представлена на рис. 1.

ДИСКУСІЯ

Тема профілактики актуалізована в сучасних дослідженнях, результати яких свідчать про економічну ефективність профілактичних утручань та довгострокову економію, яку вони можуть забезпечувати. Особливу увагу зосереджено на інтеграції профілактики в первинну медичну допомогу, завдяки якій можна покращити результати охорони здоров'я, зменшити витрати та переорієнтувати охорону здоров'я на профілактику, благополуччя та довгострокове здоров'я для всіх, запобігання хворобам ще до їх розвитку [27].

Міжнародною науковою спільнотою приділяється багато уваги підходу, що заснований на життєвому циклі. Авторами детально висвітлена сутність цього підходу, що полягає у зв'язку та впливі здоров'я на ранніх етапах життя зі здоров'ям у молодих, працездатних людей та людей старших вікових груп. Виокремлені специфічні, притаманні цьому життєвому періоду, характеристики здоров'я та моделі поведінки. На думку дослідників, це дозволяє планувати надання орієнтованих на людину медичних послуг для кожного життєвого етапу відповідно до потреб, та, як наслідок, унормувати й планувати відповідне фінансове навантаження, згідно зі структурою населення залежно від життєвого циклу. Цим досягається зменшення нерівності в охороні здоров'я, можливості розширення охоплення медичним обслуговуванням усіх категорій осіб, зокрема, тих, які страждають від наслідків кризових ситуацій або віднесені до категорій людей з особливими потребами. Також підхід, орієнтований на людину на різних життєвих відрізках, допомагає узгодити дії в різних секторах, що впливають на здоров'я [28].

Категорії справедливості, доступу до медичних послуг разом із впливом детермінант здоров'я та їх трансформаціями впродовж життя підтверджені й в інших дослідженнях, де системам охорони здоров'я відкрилися нові можливості переходу від ізольованих програм надання послуг, заснованих на захворюваннях, до інтегрованих послуг, які відповідають потребам залежно від життєвого циклу людини. Такий підхід знаходить своє економічне та моральне обґрунтування, з огляду на найбільш поширені фактори ризику для здоров'я, захворювання, моделі поведінки та соціально-економічні чинники, характерні для того чи іншого етапу життєвого шляху [28].

Дослідження захисту здоров'я кожної людини в кожній громаді Сполучених Штатів дозволили авторам стверджувати, що інструментами інтеграції профілактики в медичне обслуговування мають бути командний підхід, включення соціальних служб, академічних кіл, роботодавців, засобів масової інформації та глобальних партнерів. Інтегровані системи, на їхню думку, краще підготовлені до серйозних надзвичайних ситуацій в охороні здоров'я та поліпшать здоров'я та благополуччя усього населення [30].

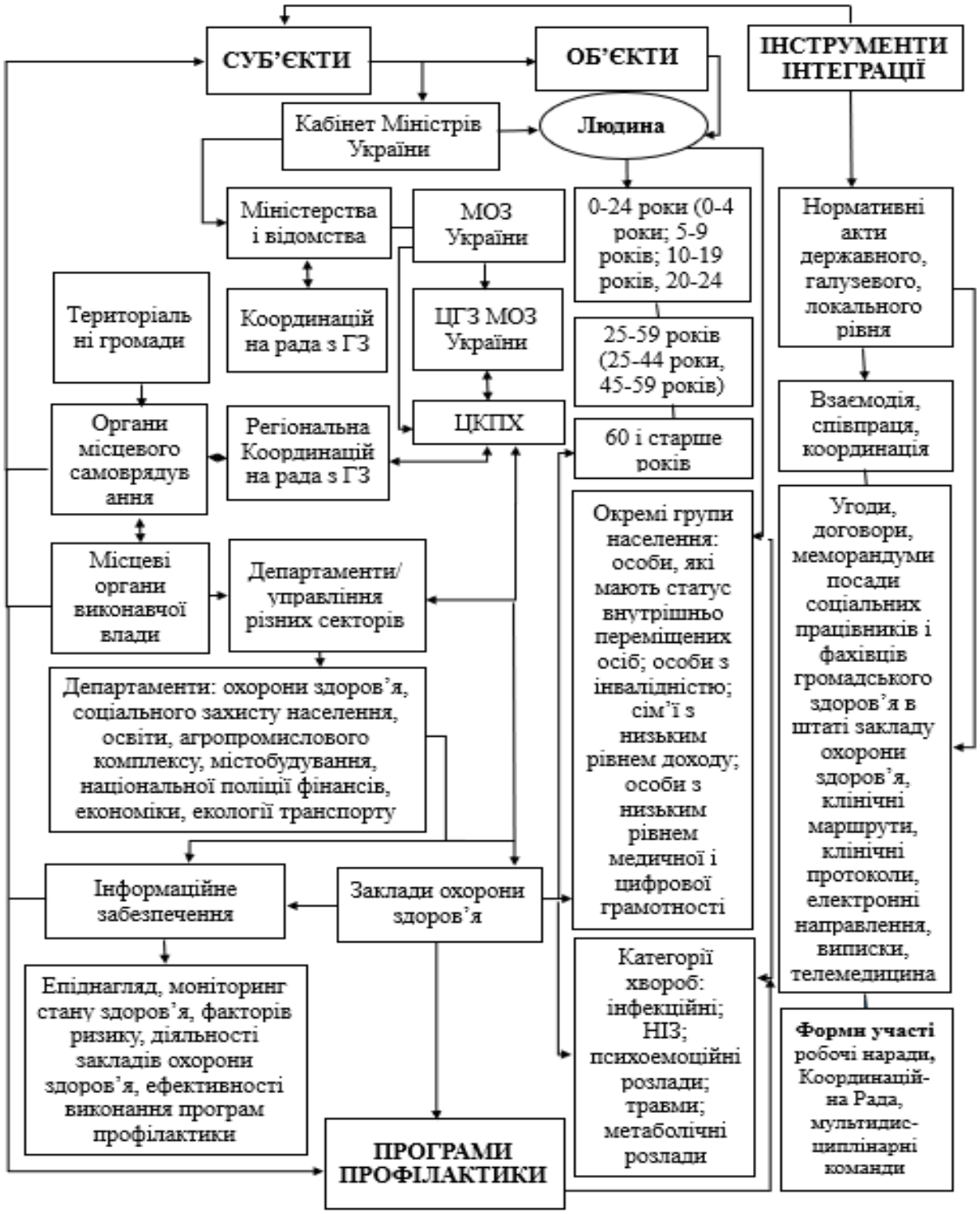

Рисунок 1. Модель інтеграції профілактики в охорону здоров'я.

Отже, запропонована інтегрована модель профілактики в охорону здоров'я відповідає сучасному напрямку світових наукових досліджень, є актуальною та використовує сучасні підходи до покращення, зміцнення та збереження здоров'я шляхом використання міжсекторального підходу, принципів справедливості та рівності, людиноорієнтованої профілактики на основі потреб, відповідних життєвому циклу.

ВИСНОВКИ

1. Установлено, що профілактика як складова медичної допомоги в сучасних умовах

розвитку систем охорони здоров'я потребує більш активної інтеграції в галузь у зв'язку зі зростанням тягаря хронічних неінфекційних захворювань, демографічними змінами, наслідками пандемій та воєнних дій.

2. Показано, що сучасні підходи до інтеграції профілактики базуються на міжнародно визнаних концепціях універсального охоплення здоров'ям (UHC), «Здоров'я в усіх політиках» (HiAP) та підході, орієнтованому на життєвий цикл людини (Life-course approach), які забезпечують комплексний, міжсекторальний і людиноорієнтований підхід до збереження та зміцнення здоров'я населення, профілактики хвороб.

3. Розроблено функціонально-організаційну модель інтеграції профілактики в охорону здоров'я, яка орієнтована на потреби людини впродовж життєвого циклу, групи ризику пацієнтів за соціально-економічними та медичними критеріями, окремі групи найбільш поширених хвороб, фактори ризику і детермінанти здоров'я. Модель передбачає поєднання вертикальної (державної, регіональної, локальної) та горизонтальної (міжсекторальної) взаємодії суб'єктів інтеграції, використання інструментів епіднагляду та моніторингу для збору і аналізу інформації, зокрема, електронної інформаційної системи.

4. Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання моделі на рівні закладів охорони здоров'я, територіальних громад, регіональних органів управління та національного рівня для розробки і реалізації профілактичних програм, спрямованих на збереження і покращення здоров'я населення, профілактику захворювань.

Перспективи подальших досліджень полягають у зосередженні на оцінці результатів пілотного впровадження моделі в окремих регіонах України за заданими індикаторами моніторингу інтеграції.

ДОТРИМАННЯ ЕТИЧНИХ НОРМ

Під час підготовки статті було дотримано принципів біоетики відповідно до вимог Гельсінської декларації та законодавства України, що було підтверджено висновком комісії з біоетики Державної наукової установи «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами.

Методологічні обмеження дослідження

Методологічними обмеженнями дослідження слід вважати використання теоретичного аналізу даних для обґрунтування моделі, що вимагає подальшої емпіричної перевірки її ефективності.

Первинні дані та матеріали

Автори рукопису свідомо засвідчують, що первинна медична документація (історії хвороби, амбулаторні картки, протоколи обстежень, результати лабораторних та інструментальних досліджень конкретних пацієнтів) та статистичні бази даних у роботі не використовувалися, оскільки робота не висвітлює клінічну тематику. Усі використані матеріали ретельно відбиралися з метою отримання достовірних наукометричних і фактичних даних.

Декларація використання генеративного ШІ у підготовці рукопису

У цій роботі штучний інтелект не використовувався для генерації тексту, аналізу даних або створення зображень. Увесь контент підготовлено авторами, які несуть повну відповідальність за точність, оригінальність та дотримання етичних стандартів. Автори перевірили увесь контент і підтверджують його точність, оригінальність та відсутність плагіату.

ФІНАНСУВАННЯ ТА КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів. Всі автори дали згоду на публікацію цього рукопису.

Робота виконана за рахунок коштів Державного бюджету в рамках Договору №ДЗ/166-2025 від 12.02.2025, укладеним між Міністерством освіти та науки України та Національним технічним університетом України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського» у рамках виконання НТР на 2026 рік.

ВНЕСОК АВТОРІВ

Дячук М. Д.[A, D, F]

Дячук Д. Д.[E, F]

Зюков О. Л.[C, B, F]

REFERENCES

1. Abdul Raheem, Y. (2023). Unveiling the significance and challenges of integrating prevention levels in healthcare practice. Journal of Primary Care & Community Health, 14, 21501319231186500. https://doi.org/10.1177/21501319231186500
2. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. (2022). Naselennia Ukrainy za 2021 rik: Demohrafichnyi shchodennyk [Population of Ukraine 2021: Demographic directory]. https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2022/zb/10/zb_nasel%20_2021.pdf
3. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. (n.d.). Try roky pandemii v Ukraini v tsyfrakh [Three years of the pandemic in Ukraine in numbers]. https://moz.gov.ua/uk/tri-roki-pandemii-v-ukraini-v-cifrah
4. Kovalenko, V. M., & Kornatskyi, V. M. (Eds.). (2023). Problemy okhorony zdorovia Ukrainy v umovakh naslidkiv pandemii COVID-19 i voiennykh dii [Problems of health protection of Ukraine in the context of the consequences of the pandemic and military operations]. https://cardiohub.org.ua/wp-content/uploads/2024/02/Problemy-okhorony-zdorovia-Ukrainy-v-umovakh-naslidkiv-pandemii-COVID-19-i-voiennykh-dii.pdf
5. Office of the Ombudsman of Ukraine. (2025). Vymushene peremishchennia za kordon: Analitychnyi zvit za rezultatamy doslidzhennia ta monitorynhovykh vizytiv [Forced displacement abroad: Analytical report]. https://www.ombudsman.gov.ua/storage/app/media/uploaded-files/Zvit_Vymushene_peremishchennia_za_kordon_10_03_v2.pdf
6. Lototska, O. V., Kondratyuk, V. A., Sopel, O. M., Kritska, G. A., Pashko, K. O., & Fedoriv, O. E. (2019). Profilaktychna medytsyna yak vazhlyva skladova hromadskoho zdorovia [Preventive medicine is a valuable asset in the public health system]. Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy, 2, 4043. https://doi.org/10.11603/1681-2786.2019.2.10478
7. Shchyrina, K. V., & Tolstanov, O. K. (2023). Vzaiemozviazok rivnia zakhvoriuvanosti terytorialnoi hromady ta antykryzovoho upravlinnia v zakladi okhorony zdorovia [The relationship between the level of morbidity of the territorial community and anti-crisis management in the health care institution]. Likarska sprava, 1, 6171. https://doi.org/10.31640/LS-2023-1-05
8. Sazonets, I. L., & Zyma, I. Ya. (2018). Vyznachennia problem ta osnovnykh napriamiv reformuvannia systemy okhorony zdorovia Ukrainy [Identification of the problems and main directions of reforming the healthcare system of Ukraine]. Derzhavne upravlinnia: udoskonalennia ta rozvytok, 12. https://doi.org/10.32702/2307-2156-2018.12.2
9. Okhlopkova, T., & Bratsiuk, O. (Trans.). (2022). Okhorona psykhichnoho zdorovia v umovakh viiny [Protection of mental health in wartime conditions] (2nd ed.). Nash Format.
10. Psykholohiia kryzovykh sytuatsii: rol pershoi psykholohichnoi dopomohy v profilaktytsi PTSD [Psychology of crisis situations: the role of first psychological aid in the prevention of PTSD]. (2025). In Collection of scientific papers «SCIENTIA» (pp. 129133). Chicago.
11. Homonai, I. V., Tovkun, L. P., Bondarchuk, V. I., Hrynenko, Yu. O., & Bondarchuk, A. H. (2026). Fizychna reabilitatsiia yak instrument profilaktyky hipodynamii u studentskoi molodi v umovakh viiny v Ukraini [Physical rehabilitation as an instrument for the prevention of hypodynamia in student youth in conditions of war in Ukraine]. Perspektyvy ta innovatsii nauky, 2(60), 20922007. https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-2(60)
12. Bondarenko, A. M. (2024). Ekstrena profilaktyka hemokontaktnykh hepatytiv i VIL-infektsii u viiskovosluzhbovtsiv v umovakh viiny [Emergency prevention of hemocontact hepatitis and HIV infections in military personnel in conditions of war]. Infektsiini khvoroby, 1(115), 4054. https://doi.org/10.11603/1681-2727.2024.1.14413
13. Feshchenko, Yu. I., Kuryk, L. M., Prymushko, N. A., Kanarskyi, O. A., Krylach, O. I., & Turchyna, I. P. (2025). Inhaliatsiini ryzyky na viini: khronichne urazhennia lehen yak rezultat boiovoi sluzhby [Inhalation risks in war: chronic lung injuries as a result of military service]. Ukrainskyi pulmonolohichnyi zhurnal, 33(2), 516. http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/upj/25/pdf25-2/5.pdf
14. Tomczyk, S. (2022). Prevention in the times of crisis: A look back for the way forward. Journal of Prevention, 43(2), 145147. https://doi.org/10.1007/s10935-022-00677-0
15. Sukhov, Yu. O. (2022). Zakhvoriuvanist i smertnist pid chas voien i zbroinykh konfliktiv: tendentsii ta zakonomirnosti [Morbidity and mortality during war and armed conflicts: trends and patterns]. Infusion & Chemotherapy, 4, 1419. https://doi.org/10.32902/2663-0338-2022-4-14-19
16. Office of the Senior Special Assistant to the President on SDGs. (n.d.). Millennium development goals. https://sdgs.gov.ng/millennium-development-goals/
17. World Health Organization. (2025). Universal health coverage (UHC). https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)
18. World Health Organization & World Bank. (2025). Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report. https://documents1.worldbank.org/

curated/en/099819212012531233/pdf/IDU-9485b9d9-c08e-4a82-906e-6529db818e15.pdf
19. World Health Organization. (2025). A global health strategy for 20252028: Advancing equity and resilience. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/46cc7cac-e35e-451b-808e-1f0e4ad5f68c/content
20. Endalamaw, A., Mengistu, T. S., Khatri, R. B., Wolka, E., Erku, D., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2025). Universal health coverage: Exploring the what, how, and why. PLOS Global Public Health, 5(3), e0003330. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003330
21. World Health Organization. (2023). Working together for equity and healthier populations. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a238ef33-582b-46f7-86c9-e9fcbe1f0ef7/content
22. World Health Organization. (2025). Framework to implement a life course approach in practice. WHO.
23. Birn, A. E. (2018). Back to Alma-Ata, from 1978 to 2018 and beyond. American Journal of Public Health, 108(9), 11531155. https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304625
24. World Health Organization. (2018). Health in all policies as part of the primary health care agenda. WHO.
25. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2025, January 17). Pro skhvalennia Stratehii rozvytku systemy okhorony zdorovia na period do 2030 roku: rozporiadzhennia №34-r [On approval of the strategy for the development of the health system for the period up to 2030]. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80
26. Verkhovna Rada Ukrainy. (2022, September 6). Pro systemu hromadskoho zdorovia: Zakon Ukrainy №2573-IX [On the public health system]. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20
27. Hellron, & Callone. (2024). Integrating preventive medicine into primary care: Challenges and opportunities. Journal of Infectious Diseases Medicine, 9, 371.
28. World Health Organization. (2023). Creating healthy life trajectories: Universal health coverage and a life course approach. WHO.
29. World Health Organization. (2025). Framework to implement a life course approach in practice. https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/life-course
30. Wong, C. A., Houry, D., & Cohen, M. K. (2024). Integrating public health and health care: Protecting health as a team sport. New England Journal of Medicine, 390(19), 17391742. https://doi.org/10.1056/NEJMp2403274

Abstract

MODEL OF INTEGRATION OF PREVENTION INTO PUBLIC HEALTHCARE

Mykhailo D. Diachuk, Dmytro D. Diachuk, Oleg L. Ziukov

State Institution of Science «Center of innovative healthcare technologies» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

Introduction. Prevention as a component of medical care is defined as a strategic direction for the development of healthcare systems. Population aging, the increasing burden of chronic non-communicable diseases, the consequences of the COVID-19 pandemic, and global crises, such as the military conflict in Ukraine, emphasize the relevance of prevention and determine the need to strengthen the systemic integration of prevention into healthcare.
Aim. To analyze modern approaches to disease prevention and improving population health, and to develop a functional and organizational model of prevention in healthcare.
Materials and methods. Research materials: 30 scientific sources from the PubMed database, domestic scientific publications and regulatory legal acts of Ukraine. Methods: bibliographic, analytical, generalization, and graphic modeling.
Results. It was established that modern global approaches to the integration of prevention are based on the concepts of universal health coverage (UHC), «Health in All Policies» (HiAP) and the life-course approach. On their basis, a functional and organizational model of the integration of prevention was developed, which includes the subjects of the model at the vertical (from healthcare institutions to public administration bodies) and horizontal (intersectoral interaction) levels; objects of influence (a person, age periods with inherent health characteristics, risk factors and behavioral patterns; health determinants, risk groups, priority diseases); and integration tools. The model involves the use of an electronic information system to monitor health indicators, risk factors, the activities of healthcare institutions and the results of the implementation of preventive programs. The result of the integration should be programs for disease prevention, preservation and strengthening of the population health.
Conclusions. The integration of prevention into healthcare is a necessary condition for increasing the efficiency and quality of health services, reducing the burden of disease, and ensuring the sustainability of healthcare systems. The proposed model can be used as a management tool at different levels of the healthcare system to optimize preventive activities and make informed management decisions.

Keywords: **prevention, risk factors, crisis events, Life-course approach, intersectoral interaction**

Received: 03.02.2026
Accepted: 31.03.2026