

*В. Ц. Черномаз,*

голов. лікар комунальної установи

«Міська поліклініка № 12»

Приморського району м. Одеси,

к. держ. упр., доцент кафедри соціальної медицини і медичного менеджменту  
Одеського нац. мед. ун-ту;

*Н. В. Піроженко,*

к. держ. упр., доц., доцент кафедри державного управління та місцевого  
самоврядування ОРІДУ НАДУ

## **УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ: СВІТОВИЙ ДОСВІД**

*Визначено роль первинної медико-санітарної допомоги у забезпеченні результативності та ефективності охорони громадського здоров'я, розкрито вітчизняний та зарубіжний досвід функціонування первинної медико-санітарної допомоги.. Запропоновано основні напрями вдосконалення державної політики щодо надання первинної медико-санітарної допомоги. Окреслено проблеми та питання подальших наукових досліджень.*

**Ключові слова:** первинна медико-санітарна допомога, державна та галузева політика, державне управління, охорона громадського здоров'я, лікувально-профілактична установа.

Актуальність теми надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) дорослому населенню для вітчизняної науки та практики державного управління обумовлена передусім тими глибинними змінами, що відбуваються під час реформи суспільного життя в Україні і які значно посилили роль суб'єктів державного управління у вирішенні соціальних проблем. Стрімко зростає відповідальність держави за стан здоров'я населення, рівень надання медичної допомоги, її доступність для жителів міст і сільської місцевості. При цьому забезпечення якості надання медичної допомоги розглядається не тільки як засіб задоволення потреб населення в сфері охорони здоров'я, але й як засіб підвищення ефективності і результативності медичних послуг.

Піклування про здоров'я, доступна, якісна і своєчасна медична допомога - один із найважливіших чинників виховання громадської гідності людини.

Якісна медична допомога для кожного – найважливіший напрям розвитку охорони здоров'я в Україні, оскільки вона прагне бути країною, призначеною для гідного життя багатьох поколінь людей. Саме рівень організації роботи первинної ланки багато в чому визначає такі ключові моменти, як якість, доступність і своєчасність медичної допомоги, розвиток профілактичного напрямку, раціональність використання ресурсів галузі.

Проте практика управління сферою охорони здоров'я в умовах демократизації суспільного життя і становлення ринкової економіки, демографічна ситуація та стан здоров'я населення України свідчать про неефективність традиційних організаційно-управлінських засобів і заходів та про необхідність негайних реформ діючої системи надання медичних послуг, пошуку нових шляхів вирішення питань управління і форм врядування, що відповідають складності сучасних проблем та потребам часу.

Актуальність обраної теми дослідження обумовлюється необхідністю знаходження нових шляхів забезпечення високої якості надання медичної допомоги населенню України з огляду на появу високовартісних технологій, дефіцит фінансування галузі, зростання потреб пацієнтів у якісній медичній допомозі, децентралізацію управління. У таких умовах забезпечення ефективності та результативності надання медичних послуг системою ПМСД є не тільки перспективним напрямом стратегічного управління охороною здоров'я, але й тією його складовою, для якої характерне існування багатьох теоретичних і практичних проблем, вирішення яких забезпечить вихід галузі з тривалої системної кризи.

Про важливість і значення ПМСД у структурі медичних послуг говорить те, що світова спільнота відводить їй пріоритетне місце в процесі забезпечення здоров'я населення (Європейська політика щодо досягнення здоров'я для всіх у XXI ст., 2005 р.) і провідну роль у ході реформування систем охорони здоров'я.

Діяльність системи охорони здоров'я будь-якої держави має на меті збереження життя та відновлення здоров'я населення, тому порівняльний

аналіз розвитку систем охорони здоров'я деяких країн як метод оцінки напрямів державного управління охороною здоров'я України дає нам можливість проводити зважену політику в напрямі реформування системи охорони здоров'я України, тобто в покращенні здоров'я населення України.

Наразі перед державним управлінням охороною здоров'я, фахівцями ПМСД стоїть складне завдання – за короткий період часу оволодіти зарубіжним досвідом застосування ПМСД у забезпеченні ефективності та результативності охорони громадського здоров'я, адаптувати його до українських умов і створити методологічні підходи до практичного впровадження системи безперервного розвитку вітчизняної ПМСД.

Про важливість наукового пошуку у сфері вдосконалення управління системою охорони громадського здоров'я свідчать численні наукові праці українських авторів М. Білинської, Ю. Вороненька, О. Галацана, З. Гладуна, В. Загороднього, О. Коваленка, О. Корвецького, М. Корецького, Б. Криштопи, В. Лехан, В. Мегедя, В. Москаленка, А. Нагорної, В. Пономаренка, Я. Радиша, І. Солоненка, А. Степаненко, А. Уваренка та ін.

Аналіз наукових праць зарубіжних і вітчизняних вчених показує, що питання розвитку ПМСД сьогодні стали однією із ключових наукових проблем, які всебічно досліджуються: з гуманістичної точки зору, в аспекті сутності, змісту та механізму реалізації публічної влади, принципів реформування системи охорони здоров'я, проведення соціально-економічної політики, боротьби з захворюваністю тощо, що в свою чергу визначає багатоаспектний характер феномену.

Проте, незважаючи на широкий спектр внеску вказаних учених і не применшуючи його вагомості й значущості, слід зазначити, що теоретичні та практичні аспекти державної політики розвитку ПМСД в системі надання медичних послуг України досліджені недостатньо. У науковій літературі поки що практично відсутня цілісна концепція розвитку ПМСД, не в повній мірі вивчено світовий досвід її надання за умов етапу демократичних перетворень та становлення ринкової економіки.

Таким чином, метою даної статті є дослідження світового досвіду надання ПМСД з метою його адаптації до умов України.

Здоров'я є найбільшим природним благом людини. Воно залежить від багатьох різноманітних факторів, найважливішими серед яких є природні, спадкові. Але людина – істота суспільна, і стан її здоров'я значною мірою залежить не тільки від природних, а й від суспільних умов життя.

Збереження здоров'я людини є одним з пріоритетних завдань держави, оскільки саме здоров'я є невід'ємною умовою гармонійного розвитку людей і, в той же час, показником рівня соціально-економічного та культурного розвитку суспільства. Адже чим розвиненіші й багатші суспільство та держава, тим більше коштів вони вкладають в охорону здоров'я своїх громадян, їх медично-санітарне обслуговування, розвиток медичної, біологічної та фармацевтичної галузей.

Основні напрямки діяльності галузі визначено в Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, що затверджена Указом Президента України від 07.12.2000 р. Одним із механізмів її реалізації є застосування принципу адаптації існуючої системи до нових вимог з відданням пріоритетності, перш за все, у наданні первинної медико-санітарної допомоги дорослому населенню [11]. Адже саме вона є ведучою ланкою існуючої системи охорони громадського здоров'я України, що впливає на рівень ефективності и результативності медичних послуг.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30.08.2010 р. № 735 з метою реалізації Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 р., затвердженої Законом України від 22.01.2010 р. № 1841-VI [1], постанови Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 р. № 208 "Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я" [10] та наказу МОЗ від 06.08.2010 р. № 658 "Про внесення змін до наказу МОЗ від 23.03.2010 р. № 251" [9] затверджено орієнтовні етапи реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги. Відповідно до даного наказу,

передбачається забезпечити реформування первинного та вторинного рівнів медичної допомоги з урахуванням примірних етапів, особливостей та набутого позитивного досвіду адміністративних територій, а також строку реалізації реформ.

ПМСД побудована на прогресивних засадах доступності, профілактичної спрямованості тощо, а отже є найефективнішим засобом досягнення рівності, солідарності, соціальної справедливості в охороні здоров'я будь-якої країни, незалежно від рівня видатків на галузь охорони здоров'я. За умови ефективної організації первинна допомога в більшості країн становить до 90 % всієї наданої медичної допомоги, а вартість однієї її тієї ж медичної послуги на первинному рівні в 4–9 разів нижча, ніж на вторинному, і в 18 – 24 рази – ніж на третинному [6].

Проте практика управління сферою охорони здоров'я в умовах демократизації суспільного життя і становлення ринкової економіки, демографічна ситуація та стан здоров'я населення України свідчать про неефективність традиційних організаційно-управлінських засобів і заходів та про необхідність негайних реформ діючої системи надання медичних послуг, пошуку нових шляхів вирішення питань управління і форм врядування, що відповідають складності сучасних проблем та потребам часу.

Однією з причин недостатньої ефективності реформ у сфері охорони здоров'я, що відбуваються у вітчизняній охороні здоров'я, є практично повна відсутність науково обґрунтованих і адаптованих до умов нашої країни підходів до управління розвитком медичної допомоги і зокрема ПМСД. У теперішніх умовах це питання набуває особливої актуальності, оскільки населення оцінює стан медицини передусім за рівнем організації ПМСД.

Нераціональна організація первинної допомоги та її недостатнє фінансування призводить до втрати комплексності та наступності у процесі надання медичної допомоги, формального підходу до проведення профілактичних заходів та диспансерної роботи, що підтверджують високі показники виявлення на пізніх стадіях багатьох тяжких захворювань та їх

ускладнень, постійно зростає потреба населення у високовартісному спеціалізованому лікуванні. У таких складних умовах практично неможливе управління первинною допомогою із використанням економічних важелів та ринкових механізмів.

Політичні й соціально-економічні перетворення в українському суспільстві, утвердження демократичних засад, формування нової концепції функціонування системи охорони здоров'я вимагають наукового обґрунтування й удосконалення галузевого управління перебудовою галузі відповідно до суспільних потреб та міжнародних норм і стандартів. Саме тому формування відповідних механізмів галузевого управління шляхом надання якісної та ефективної медичної допомоги є актуальною і складною проблемою в охороні здоров'я України, а недоліки в організації й управлінні національною системою охорони здоров'я в основному спричиняють незадоволеність пацієнтів рівнем надання медичної допомоги, її ефективністю та доступністю.

У більшості європейських держав ще з минулого століття спостерігається тенденція глибокого реформування національних систем охорони здоров'я. Ефективність, результативність і справедливість (за термінологією ВООЗ) системи охорони здоров'я залежить, насамперед, від наявності чіткої політики розвитку ПМСД, передусім тому, що тільки в рамках ПМСД можлива реалізація такого важливого для населення принципу, як загальнодоступність медичної допомоги.

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини є найефективнішим засобом досягнення справедливого розподілу і раціонального використання коштів, підвищення результативності роботи галузі охорони здоров'я.

Принцип доступності лікувально-профілактичної допомоги, відповідно до якої «кожний має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та

медичне страхування. Держава створює умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування» [6].

У Франції функціонує модель державного регулювання організації охорони здоров'я – модель соціального страхування. Держава законодавчим шляхом забезпечує участь працедавців в оплаті медичної допомоги через лікарняні каси, характерною рисою є існування незалежних страхових фондів, діяльність яких строго регламентує держава. Первинну медико-санітарну допомогу населенню країни надають сімейні лікарі, з якими підписує угоду (конвенцію) Державна організація соціального страхування Франції «*Security Social*» з чітким визначенням цін на медичні послуги. Таким чином, у країні спрацьовує принцип солідарної оплати медичної допомоги та доступність медичної допомоги для всього населення [13].

Голландія має в наявності дуже потужну первинну медичну допомогу, медична допомога забезпечується 7 тис. лікарями загальної практики. Ці лікарі, яких за звичаєм називають «сімейними лікарями», пройшли спеціальну трирічну післядипломну підготовку. На кожного лікаря загальної практики приходиться близько 2,6 тис. пацієнтів і всі вони, як правило, мешкають поряд з ними. Лікар загальної практики використовує стандартні діагностичні та лікарські принципи і підходи, які засновані на доказовій медицині. Лікарі загальної практики – це вартові системи охорони здоров'я [15, с. 12].

Лише лікарі загальної практики мають право направляти пацієнта в лікарню. Нікому не дозволено самому безпосередньо звертатися до лікаря – фахівця. У випадку, якщо пацієнт готовий сам заплатити за себе, він завжди повинен звернутися до свого лікаря загальної практики.

Лікаря загальної практики вважають міні – спеціалістом в усіх областях медицини: педіатрії, терапії, хірургії, дерматології тощо. Він в змозі лікувати 80 % хвороб, що дуже важливо для стримування цін за рахунок попередження необов'язкових госпіталізацій. Лікар загальної практики, через систему ліцензування, бере участь у курсах підвищення кваліфікації через

систему безперервного навчання. Значна частина його діяльності має відношення до профілактичних заходів [15, с. 16].

Майже всі лікарі загальної практики мають в своєму розпорядженні комп'ютерну базу даних за своєю практикою. Вона містить не лише медичні дані про пацієнтів, але й додаткову інформацію про такі чинники, як склад сім'ї, професія, вид медичної страховки тощо [14].

У Великобританії запроваджено специфічний механізм надання первинної медико-санітарної допомоги, в основу якого покладено державний принцип організації медичної допомоги. Кожний громадянин приписаний до відповідного медичного центру за місцем проживання. При виникненні негараздів із здоров'ям пацієнт може записатися на прийом до закріпленого лікаря, тривалість очікування становить від кількох днів до тижня. В разі необхідності термінової консультації пацієнт очікує, коли в лікаря звільниться час для незапланованого прийому. Лікар первинної ланки установлює діагноз, направляє хворого на діагностичні обстеження та на консультацію до вузьких спеціалістів.

Цікавим є застосування організаційного механізму державного управління ПМСД у регіонах Королівства – моделі організації первинної медико-санітарної допомоги на командному принципі. Пацієнти та їх представники мають вибір, до якої команди звернутися, на підставі об'єктивних, загальнодоступних даних щодо показників роботи команди. Передбачається, що спеціалісти команди й лікарі первинної медико-санітарної допомоги мають працювати разом, для того щоб підібрати найадекватнішу кожному хворому схему лікування. Обов'язковими елементами зазначеної моделі ПМСД вважають об'єктивність, доступність інформації щодо професійних якостей кожного члена команди [6; 12].

У Канаді надання первинної медико-санітарної допомоги організовано за принципами системи Беверіджа, за якою держава забезпечує безкоштовну, загальнодоступну і кваліфіковану медичну допомогу своїм громадянам. Державне управління ПМСД в країні здійснюється на основі принципу



профілактичної спрямованості. Медичну допомогу на первинному етапі забезпечують сімейні лікарі державного та приватного секторів. У країні законодавчо сформовано канадську систему медичного страхування Медікер, основними принципами якої є: забезпечення медичною допомогою всіх громадян, та тих хто має право на проживання в країні незалежно від їх фінансового стану; державне управління неприбутковими провінційними системами медичного страхування; забезпечення сучасного рівня медичної допомоги у всіх закладах охорони здоров'я [14].

Практично всі реформи охорони здоров'я за кордоном змушені були прийняти в якості головної умови її успішності – укріплення первинної медико-санітарної допомоги на базі служби лікаря загальної практики на чолі цього рівня допомоги.

У більшості розвинених країн світу первинна медична допомога виявляється лікарями загальної практики – сімейними лікарями.

Лікар загальної практики має більш широкі знання як в області медицини, так і в інших суміжних спеціальностях – психології, соціології, соціальної медицини, економіки, охорони здоров'я, профілактики й ін. Головним його завданням є охорона здоров'я родин, що обслуговуються, надання первинної медичної допомоги, лікування хворих незалежно від їхнього віку і виду захворювання.

Практично в усіх розвинених країнах існує вільний вибір лікаря. Лікар загальної практики може працювати один, але в останні роки більш раціональною визнана групова практика, коли кілька лікарів загальної практики працюють спільно в так званих центрах здоров'я.

У деяких країнах (Фінляндія, Швеція, Німеччина, Австрія та ін.) центри здоров'я мають своїх консультантів-фахівців, забезпечують рентгенівські і лабораторні дослідження.

У Швеції, Бельгії, Німеччині, Франції медична допомога жінкам і дітям надається не тільки лікарями загальної практики, але і гінекологами, педіатрами. Кількість населення, що обслуговується, на одного лікаря

загальної практики коливається в різних країнах від 1000 до 3000 чол. Лікар загальної практики приймає своїх пацієнтів в амбулаторії і вдома. Робочий тиждень у деяких країнах (Норвегія, Швеція, Фінляндія) складає до 40 годин, тобто з 8 до 20 годин. Кількість пацієнтів, прийнятих лікарем загальної практики складає 100 – 140 осіб на тиждень. Частота візитів лікарів на будинок коливається від 1 до 5 на день [6, с. 6].

Світова практика охорони здоров'я протягом останнього сторіччя виробила кілька моделей організації первинної медико-санітарної допомоги: один лікар, декілька лікарів загальної практики із загальним допоміжним персоналом і оснащенням, з фондоотриманням і без нього, сімейний лікар, працюючий за тими ж принципами, що і лікар загальної практики. Розбіжності між ними зумовлені історичними, культурними та соціальними особливостями країн, їх політичними та адміністративними системами, але присутні і загальні напрями та ознаки еволюції національних систем охорони здоров'я. Це пов'язано з пошуком конструктивних рішень у полі дії двох фактично протилежних тенденцій: з одного боку, у всьому світі спостерігається постійне зростання цін на медичну допомогу та медичні послуги, зумовлене об'єктивним ускладненням професійної діяльності; а з іншого – уряди більшості країн проводять державну політику соціальної стабільності та задоволення основних життєвих потреб усіх громадян незалежно від їх майнового стану.

Виходячи з наведеного аналізу можна зробити декілька основних висновків:

1. ПМСД є фундаментом не тільки амбулаторно-поліклінічної, але й усієї системи медичної допомоги, яка робить найбільший внесок у формування громадського здоров'я, несе найбільшу відповідальність за його втрати, визначає раціональне та ефективне використання ресурсів охорони здоров'я і задоволення населення станом медичного забезпечення.

2. Реформування ПМСД потребує подальшого впровадження, вдосконалення й оптимізації управлінських, організаційних і правових

механізмів державного управління та регулювання діяльності медичних закладів перинної ланки.

3. Використання світового досвіду впровадження механізмів розвитку ПМСД надає можливість запровадити в Україні практичні підходи до нового рівня її надання. Вирішення проблем охорони здоров'я населення вимагає зміни державної політики у сфері управління ПМСД. Реформа охорони здоров'я в нашій країні передбачає поступовий перехід до організації первинної медичної допомоги за принципом лікаря загальної практики. Але однією з головних умов реформи є збереження всіх лікувально-профілактичних установ охорони здоров'я, зі зміною їхніх функцій, методів роботи, удосконаленням їхньої діяльності, заміною дільничної служби на лікаря загальної практики.

Вважаємо за доцільне при створенні нормативно-правової бази щодо вдосконалення механізмів надання ПМСД орієнтуватися на світовий досвід, який є більш відпрацьованим.

За результатами дослідження встановлено необхідність подальших розвідок у цьому науковому напрямі. Зокрема потребують визначення та обґрунтування механізмів державно-управлінського впливу на впровадження та ефективність контролю в сфері ПМСД.

#### Список використаної літератури

1. Закон України від 22.01.2010 р. №1841-VI "Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2012 року" [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=5214](http://www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=5214)
2. *Іпатов А. В.* Напрямки реформування первинної медико\_санітарної допомоги в Україні : монографія / А. В. Іпатов. – Дніпропетровськ : Пороги, 2010. – 262 с.
3. *Лехан В. М.* Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Спільний звіт / В. М. Лехан, В. М. Рудий. – К. : Вид-во Раєвського, 2009. – 24 с.
4. Матеріали міжнародного семінару "Health system Developmentn" A Practical Approach / Швеція, м. Упсала, 2010. – Б.м., б.р.
5. *Москаленко В. Ф.* Здоров'я населення і проблеми охорони здоров'я в світі та Європі. Стан питання та тенденції / В. Ф. Москаленко // Охорона здоров'я України. – 2004. – № 1. – С. 5–10.
6. *Москаленко В. Ф.* Особливості та тенденції становлення і розвитку європейського законодавства з питань охорони здоров'я / В. Ф. Москаленко // Охорона здоров'я України. – 2004. – № 3. – С. 5–15.

7. Москаленко В. Ф. Аналіз стану та визначення напрямків наукових досліджень з актуальних питань сімейної медицини в Україні / В. Ф. Москаленко, Н. Г. Гойда, Є. Є. Латишев // Охорона здоров'я України. – 2010. – № 3-4 (6-7). – С. 71–74.

8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.01.2004 р. № 1 «Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=5214](http://www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=5214)

9. Наказ МОЗ України від 06.08.2010 р. № 658 "Про внесення змін до наказу МОЗ від 23.03.2010 р. № 251" [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=5214](http://www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=5214)

10. Постанова Кабінету Міністрів України "Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я" від 17.02.2010 р. № 208 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=5214](http://www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=5214)

11. Указ Президента України від 07.12. 2000 р. «Про затвердження Концепції розвитку охорони здоров'я населення України»: [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=5214](http://www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=5214)

12. Clinical Practice Guidelines: directions for a new work programme. Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. – National Academy Press, 1990.

13. Competition and Integration in the English NHS, Chris Ham, BMJ 12 April 2008, vol.336 Field MJ, Lohr KN.

14. Education and Health in G7 Countries: Achieving Better Outcomes with Less Spending, IMF Working Paper, November 2010 [Poverty Reduction and Economic Management Unit (ECSPE), Europe and Central Asia Region].

15. *Field M. J.* Clinical Practice Guidelines: directions for a new work programme / Field M. J., Lohr K. N.

16. Improving Intergovernmental Fiscal Relations and Public Health and Education Expenditure Policy: Selected Issues Report No. 42450– UA Ukraine, November 20, 2007

17. Lekhan M. Rudiy V. Key strategies for further development of healthcare sector in Ukraine. Joint donor report. Rayevsky Scientific Publications, Kiev 2007.

18. Private Spending on Healthcare, Farrington-Douglas, J. and Castro Coelho, M. : Report from Institute for Public Policy Research, UK, June 2008.

### ***Chornomaz V. Ts., Pirozenko N. V. Improving state policy on primary health care: international experience.***

In the article certain role of primary medical and sanitary care in providing of effectiveness and efficiency of health protection public, domestic and foreign experience of functioning of primary and sanitary medicare is exposed.. Basic directions of perfection of public policy are offered in relation to the grant of primary medical and sanitary care. Outlined problems and questions of subsequent scientific researches.

**Key words:** primary medical and sanitary care, policy public and of particular a branch, and state administration health protection public.

### ***Черномаз В. Ц., Пироженко Н. В. Усовершенствование государственной политики предоставления первичной медико-санитарной помощи: мировой опыт.***

В статье определена роль первичной медико-санитарной помощи в обеспечении результативности и эффективности общественного здравоохранения, раскрыт отечественный и зарубежный опыт функционирования первичной медико-санитарной помощи. Предложены основные направления совершенствования государственной политики относительно предоставления первичной медико-санитарной помощи. Очерчены проблемы и вопросы последующих научных исследований.

**Ключевые слова:** первичная медико-санитарная помощь, государственная и отраслевая политика, государственное управление, общественное здравоохранение.