

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

Кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я

На правах рукопису

МАРКІВ – БУКОВСЬКА НАТАЛІЯ ПЕТРІВНА

УДК: 614.2:351.77(477)(09)

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

**СИСТЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: ІСТОРІЯ
СТАНОВЛЕННЯ, ВИКЛИКИ, ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ**

спеціальність 229 – Громадське здоров'я

22 – Охорона здоров'я

Науковий керівник:

завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
Тернопільського національного
медичного університету
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
д-р мед. наук, проф. Сатурська Г.С.

Тернопіль – 2022

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ_1_ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В СВІТІ ТА УКРАЇНІ. ПРАВОВІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА НОРМАТИВНА РЕГЛАМЕНТАЦІЯ ОСНОВНИХ ОПЕРАТИВНИХ ФУНКЦІЙ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я. АНАЛІЗ ПРОЄКТУ ЗАКОНУ «ПРО СИСТЕМУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я» ЯК МАЙБУТНЬОГО ЦЕНТРАЛЬНОГО НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО АКТУ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	13
1.1. Історія формування та становлення систем громадського здоров'я в світі та Україні.....	13
1.2. Правові основи розвитку системи громадського здоров'я в Україні та нормативна регламентація основних оперативних функцій громадського здоров'я.....	36
1.3. Аналіз проекту Закону «Про систему громадського здоров'я» як майбутнього центрального нормативно-правового акту системи громадського здоров'я в Україні.....	58
РОЗДІЛ_2_СТАНОВЛЕННЯ І РОЗВИТОК РЕГІОНАЛЬНИХ ЦЕНТРІВ КОНТРОЛЮ І ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ ЯК ВАЖЛИВИХ СУБ'ЄКТІВ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ НА ПРИКЛАДІ ДЕРЖАВНОЇ УСТАНОВИ "ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ".....	60
РОЗДІЛ_3_РЕАГУВАННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА ВИКЛИКИ, ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ ЗБРОЙНОЮ АГРЕСІЄЮ РОСІЙСЬКОЇ ФЕДЕРАЦІЇ ПРОТИ УКРАЇНИ, З ВРАХУВАННЯМ ДОСВІДУ ДЕРЖАВНОЇ УСТАНОВИ "ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР	

КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ"	83
РОЗДІЛ_4_ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ АКТУАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	90
РОЗДІЛ_5_МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	94
РОЗДІЛ_6_АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ОПИТУВАННЯ УЧАСНИКІВ ГРУПИ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я. PUBLIC HEALTH» У СОЦІАЛЬНІЙ МЕРЕЖІ FACEBOOK, ЗА ОПИТУВАЛЬНИКОМ «ОЦІНЮВАННЯ ОСНОВНИХ ТЕНДЕНЦІЙ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ, ПРОБЛЕМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВ'Я, ІНФОРМУВАННЯ І САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА ШЛЯХІВ ЇХ ВИРІШЕННЯ В СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖАХ».....	97
6.1. Аналіз результатів 1-го блоку опитувальника «Оцінювання основних тенденцій розвитку системи громадського здоров'я»...	
6.2. Аналіз результатів 2-го блоку опитувальника «Оцінювання основних проблем громадського здоров'я в Україні»	
6.3. Аналіз результатів 2-го блоку опитувальника «Оцінювання шляхів вирішення проблем системи громадського здоров'я в Україні»	
ВИСНОВКИ.....	
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	
ДОДАТОК 1.....	

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- АМУ – Асоціація міст України
- ВІЛ – вірус імунодефіциту людини
- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ЄПД – Європейський план дій
- ЄРБ – Європейське регіональне бюро
- ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
- КМУ – Кабінет міністрів України
- КНП – комунальне некомерційне підприємство
- ЛЗ – лікувальний заклад
- ММСП – міжнародні медико-санітарні правила
- МРГ – міжсекторальна робоча група
- НІЗ – неінфекційне захворювання
- НПБ – нормативно-правова база
- НСЗУ – Національна служба здоров'я України
- ОЗ – охорона здоров'я
- ОЛЦ – обласний лабораторний центр
- ОФГЗ – оперативні функції громадського здоров'я
- ПМД – первинна медична допомога
- СНІД – синдром набутого імунодефіциту
- ЦГЗ – Центр громадського здоров'я
- ЦКПХ – Центр контролю та профілактики хвороб
- ШВО – шкала вербальної оцінки
- ЮНІСЕФ – дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй (англ. United Nations Children's Fund – UNICEF)
- ЯЖ – якість життя

ВСТУП

Актуальність теми.

Система громадського здоров'я — це складне поєднання інструментів, інституцій та заходів, що торкається глибоких питань і цінностей особистого та професійного характеру і яка динамічно розвивається як в Україні, так і усьому світі, або як визначено в проєкті закону «Про систему громадського здоров'я»: «комплекс інструментів та заходів, що здійснюються суб'єктами системи громадського здоров'я, які спрямовані на зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя, забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення» [50].

Виникають нові питання, такі як глобалізаційні аспекти здоров'я, пандемія, війни, саме тому, розвиток системи громадського здоров'я визначатися потребами конкретної країни, а не виключно якимись глобальними заходами чи міжнародними документами. Щоб система функціонувала максимально ефективно, необхідно наступне: спільна робота усіх інституцій і суб'єктів системи громадського здоров'я, максимальне задіяння усіх дотичних компетенцій та якісно новий рівень взаємодії фахівців з питань охорони здоров'я/громадського здоров'я та економістів і юристів; зацікавленості з боку, як органів законодавчої і виконавчої влад, так і органів місцевого самоврядування, бізнесу, громадських організацій та громадянського суспільства в цілому.

Визначення завдань системи громадського здоров'я та необхідних для їх досягнення функцій не може повністю розкрити всю широту цього поняття. Дуже часто неправильно тлумачаться два важливі питання - взаємини між системою громадського здоров'я та в цілому системою охорони здоров'я, а також місце і межі громадського здоров'я в функціонуванні та розвитку всієї системи охорони здоров'я [96, 98, 99].

Безумовно, чинники, що відіграють вирішальну роль у питаннях громадського здоров'я, не обмежуються лише сектором охорони здоров'я. Так, каналізаційні системи та водопостачання впливають на рівень захворюваності та смертності, особливо в щодо дітей молодшого віку. Сільськогосподарська політика та методи роботи можуть справляти значний вплив на вартість харчування та забезпеченість домогосподарств їжею, що може призводити до випадків гострого чи хронічного недоїдання, особливо серед незаможних людей. Використання теплових енергоносіїв та біомаси призводить до різних форм забруднення повітря, з відповідним негативним впливом на стан здоров'я населення (гострі респіраторні захворювання, астма) [96].

Система громадського здоров'я ставить значний наголос на питаннях освіти, переслідуючи мету підвищення рівня знань працівників сфери охорони здоров'я, викладачів, школярів та всього населення про гігієну та здоровий спосіб життя (наприклад, годування грудьми, відповідна їжа, імунізація, планування сім'ї та профілактика ВІЛ/СНІДу). Так, проектування та догляд за дорожньою інфраструктурою впливає на кількість та серйозність травм водіїв транспортних засобів, пасажирів та пішоходів.

У питаннях соціальної справедливості, які також впливають на стан здоров'я населення, сфера громадського здоров'я безпосередньо залежить від інших галузей. Приклади такої залежності, це дискримінація на підставі статі, політична ситуація в країні, негативне відношення щодо певних етнічних груп або меншин, а також заходи захисту, що надаються біженцям чи внутрішньо переміщеним особам [82].

Іноді кілька цих факторів діє одночасно. Наприклад, повна вартість покращення здоров'я окремих груп населення може включати інвестиції в охорону здоров'я та харчування, дороги, електропостачання та освіту.

Відповідальність за розвиток та зміст цієї інфраструктури лежить на

плечах інших галузей: для системи громадського здоров'я важливо те, щоб вона мала право голосу при прийнятті рішень у інших галузях, що тим не менш, мають вплив на громадське здоров'я [82, 86, 88, 96].

Із вищезазначеного можна стверджувати, що ця проблема становлення системи громадського здоров'я набуває все більшої актуальності, і причиною цього є велика кількість об'єктивних і суб'єктивних чинників: соціально-економічних, політичних, демографічних, медичних та морально-етичних [77].

Актуальність висвітлення та наукового дослідження на дану тематику обумовлена й тим, що реформування як системи охорони здоров'я України в цілому, так і системи громадського здоров'я є одним з головних пріоритетів держави на даний час [19]. Система громадського здоров'я модернізується і трансформується через впровадження нових методик, ІТ-технологій, розробку і прийняття нормативно-правових документів, становлення системи регіональних ЦКПХ та освітні програми для фахівців з громадського здоров'я.

Проведений аналіз матеріалів (наукових статей, інтерв'ю, дописів у соціальних мережах), присвячених реформуванню та розвитку системи громадського здоров'я дав змогу визначити деякі помітні перешкоди для ефективного становлення системи громадського здоров'я. Це наступні бар'єри:

- відсутність консенсусу щодо змісту місії громадського здоров'я;
- недостатні можливості для виконання основних функцій громадського здоров'я щодо оцінки, розробки політики та забезпечення послуг;
- розрізнене прийняття рішень без необхідних даних і належних знань;
- несправедливість у розподілі послуг та вигод для здоров'я населення;
- обмеження ефективного керівництва, включаючи погану взаємодію між суто технічними та політичними аспектами рішень, швидку зміну лідерів, зокрема очільників Міністерства охорони здоров'я (4 міністри за 2 роки) та неадекватне ставлення до фахівців суб'єктів системи громадського здоров'я;

- організаційна фрагментація;
- проблеми у відносинах між різними рівнями влади, а також громадою;
- недостатній розвиток необхідних знань з усього спектру потреб громадського здоров'я;
- поганий суспільний імідж громадського здоров'я, серед окремих верств населення, що гальмує необхідну підтримку, пов'язаний із недоліками в комунікації із громадянами під час вакцинальної кампанії;
- особливі проблеми, які надмірно обмежують фінансові ресурси, доступні для охорони здоров'я [78, 93, 100, 101].

Поки ці бар'єри не будуть подолані, буде важко розвивати та підтримувати здатність протистояти поточним і майбутнім викликам громадського здоров'я, зберігаючи при цьому вже досягнутий прогрес.

Без сумніву, на сучасному етапі розбудови системи громадського здоров'я в Україні є вже значна кількість досягнень, які мають бути предметом гордості: боротьба із пандемією COVID-19, революційні зміни у харчуванні дітей в освітніх закладах, реагування на виклики, пов'язані із війною. Однак проблеми, які можуть підірвати нинішній і майбутній потенціал системи громадського здоров'я, повинні бути визначені та подолані, щоб система продовжувала свій розвиток та становлення.

Мета дослідження: провести аналіз історії становлення та організації системи громадського здоров'я в Україні на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я; визначити основні виклики, проблеми та шляхи вирішення.

Завдання дослідження:

- Вивчити історичні аспекти формування систем громадського здоров'я в світі та Україні.
- Вивчити правові основи розвитку системи громадського здоров'я в Україні та регламентацію чинним законодавством основних оперативних функцій громадського здоров'я.

- Провести аналіз проєкту Закону «Про систему громадського здоров'я» як майбутнього центрального нормативно-правового акту системи громадського здоров'я в Україні.
- Дослідити та провести аналіз становлення і розвитку регіональних центрів контролю та профілактики хвороб як важливих суб'єктів системи громадського здоров'я в Україні на прикладі Державної установи «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України».
- Вивчити та провести аналіз реагування системи громадського здоров'я на виклики, пов'язані із збройною агресією Російської Федерації проти України з врахуванням досвіду та діяльності Державної установи «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України».
- Провести аналіз шляхів вирішення актуальних проблем трансформації системи громадського здоров'я в Україні.
- Створити у соціальній мережі FACEBOOK (META) групу «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я. PUBLIC HEALTH» (<https://www.facebook.com/groups/1013062276162648>), присвячену актуальним питанням громадського здоров'я України і світу та забезпечити щоденне наповнення матеріалами, як оригінальними, так і репостами, у кількості не менше 10.
- Організувати та провести опитування у соціальній мережі FACEBOOK (META) учасників групи «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я. PUBLIC HEALTH» за опитувальником «Оцінювання основних тенденцій розвитку системи громадського здоров'я в Україні, проблем громадського здоров'я, ефективності промоції здоров'я, інформування і санітарно-гігієнічного виховання та шляхів їх вирішення в соціальних мережах».

- Проаналізувати результати опитування, зокрема визначити думку учасників групи щодо основних тенденцій розвитку системи громадського здоров'я, проблем та шляхів їх вирішення.

Об'єкт дослідження: учасники групи «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я. PUBLIC HEALTH» у соціальній мережі FACEBOOK (МЕТА).

Предмет дослідження: історія формування систем громадського здоров'я в світі та Україні; нормативно-правова база, що регулювала і регулює на даний момент становлення, реформування та розвиток системи громадського здоров'я в Україні; структура і суб'єкти системи громадського здоров'я на різних рівнях; шляхи вирішення актуальних проблем системи; уявлення, думки, переконання та рівень обізнаності щодо основних проблем системи громадського здоров'я України учасників групи «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я. PUBLIC HEALTH» у соціальній мережі FACEBOOK (МЕТА).

Методи дослідження: для вирішення поставлених завдань були використані методи системного підходу та системного аналізу, аналізу, синтезу та дедукції для виявлення особливостей системи громадського здоров'я в Україні, бібліосемантичний, соціологічний (анкетне опитування учасників групи «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я. PUBLIC HEALTH» у соціальній мережі FACEBOOK (МЕТА), медико-статистичний, медичного картографування.

Елементи наукової новизни: у даному науковому дослідженні вперше проведено аналіз першого року роботи регіональних центрів контролю і профілактики хвороб на прикладі конкретної установи. Вперше досліджено та проведено аналіз реагування системи громадського здоров'я на виклики, пов'язані із збройною агресією Російської Федерації проти України з врахуванням досвіду та діяльності Державної установи «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України». Вперше в Україні створено у соціальній мережі FACEBOOK (МЕТА) групу «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я. PUBLIC

HEALTH», присвячену актуальним питанням громадського здоров'я України і світу, де б забезпечувалось щоденне наповнення матеріалами, як оригінальними, так і репостами, у кількості не менше десяти. Вперше організовано та проведено опитування у соціальній мережі FACEBOOK (META) учасників групи «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я. PUBLIC HEALTH» за опитувальником «Оцінювання основних тенденцій розвитку системи громадського здоров'я в Україні, проблем громадського здоров'я, ефективності промоції здоров'я, інформування і санітарно-гігієнічного виховання та шляхів їх вирішення в соціальних мережах», а також проаналізовано результати цього опитування, зокрема визначено думку учасників групи щодо основних тенденцій розвитку системи громадського здоров'я, проблем та шляхів їх вирішення.

Практична значущість. Практичне значення наукової роботи полягає у вивченні історичних аспектів формування системи громадського здоров'я в Україні; вивченні особливостей нормативно-правового забезпечення системи громадського здоров'я; у проведенні аналізу результатів опитування учасників групи «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я. PUBLIC HEALTH» у соціальній мережі FACEBOOK (META) за спеціально розробленим опитувальником.

Апробація результатів роботи:

Окремі положення науково-дослідної роботи висвітлено в доповіді «Становлення Державної установи «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» як основної інформаційно-роз'яснювальної та комунікативної інституції з питань громадського здоров'я та профілактики хвороб в Тернопільській області» на третьому науковому симпозіумі з міжнародною участю «Громадське здоров'я в глобальному та регіональному просторі – виклики в умовах пандемії COVID-19 та перспективи розвитку», який відбувся 22-24 вересня 2021 року. Симпозіум організований та проведений в Тернопільському національному медичному університеті імені І.

Горбачевського спільно з Акконським гуманітарним університетом Берліну за підтримки Федерального міністерства охорони здоров'я Німеччини.

Результати дослідження опубліковані у науковому журналі та матеріалах конференції:

1. Сучасні аспекти організації паліативної та хоспісної допомоги в Україні в умовах реформування медичної галузі. Г.С. Сатурська, І.М.Шишацька, О.В. Сатурський, Д.М. Коллінс, Н.П. Марків-Буковська // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021, №1, С. 33-39.
2. Markiv-Bukovska N., Shulhai A, Saturdayska H. Monitoring The Incidence and Prevalence of Diseases in Ukraine, Registers of Infectious and Non-Infectious Diseases // Akkon Schriftenreihe Band 5. Public Health in Ukraine. Akkon Hochschule für Humanwissenschaften / Institute for Research in International Assistance (IRIA). September 2021. Pp. 90-102.

РОЗДІЛ 1

ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В СВІТІ ТА УКРАЇНІ. ПРАВОВІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА НОРМАТИВНА РЕГЛАМЕНТАЦІЯ ОСНОВНИХ ОПЕРАТИВНИХ ФУНКЦІЙ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.

АНАЛІЗ ПРОЄКТУ ЗАКОНУ «ПРО СИСТЕМУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я» ЯК МАЙБУТНЬОГО ЦЕНТРАЛЬНОГО НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО АКТУ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Історія формування та становлення систем громадського здоров'я в світі та Україні

Громадське здоров'я можна визначити як «вивчення, з одного боку, фізичних, психосоціальних та соціально-культурних детермінант здоров'я населення, а з іншого – дій щодо покращення здоров'я населення» [3, 96], як «сферу знань та організовану діяльність суб'єктів щодо зміцнення здоров'я, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя;» [96, 98], як «мистецтво та науку профілактики захворювань, продовження тривалості життя та промоції здоров'я через організовані зусилля суспільства» (Дональд Ачесон, 1988) [28, 77]. Варто згадати також старе визначення Чарльза-Едварда Уінслоу, опубліковане в журналі Science в 1920 році: «громадське здоров'я – це наука і мистецтво профілактики захворювань, продовження життя і зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль і свідомого вибору суспільства, організацій державних та приватних, громад та окремих осіб» [97].

Громадське здоров'я відрізняється від медицини на двох рівнях: - воно приділяє більше уваги профілактиці, аніж лікуванню; - воно розвиває популяційний підхід, а не індивідуальний інтерес до проблем здоров'я

людей, що виражається, зокрема, у використанні навичок, які належать до гуманітарних і соціальних наук, зокрема соціології, права та економіки. Цей підхід, орієнтований на населення, також може бути виражений, залежно від країни, вже у формуванні конкретної системи громадського здоров'я на певному історичному періоді [2, 3, 64, 65, 98].

Уроки історії важливі для громадського здоров'я. Основні питання громадського здоров'я потребують оновлення, оскільки з'являються нові виклики для здоров'я, та відбувається відродження старих, забутих викликів [28]. Огляд літератури щодо історичного розвитку як систем громадського здоров'я в світі так і громадського здоров'я в цілому, свідчить, що цей процес розпочався в давні часи, а також дає змогу зрозуміти як розвивалися зароджувалися, розвивалися та змінювались різні системи громадського здоров'я.

Так, в історії громадського здоров'я зустрічаємо карантин жертв прокази в Середньовіччі та зусилля з покращення санітарії після епідемій чуми 14-го століття. Збільшення населення в Європі принесло з собою зростання обізнаності про смерть немовлят і збільшення кількості лікарень.

Зазначені події, у свою чергу, привели до створення сучасних систем громадського здоров'я, покликаних контролювати захворювання в суспільстві, займатися їх профілактикою та наглядати за дотриманням галузевого законодавства.

Більшість стародавніх народів (древні іудеї, єгиптяни, шумери тощо) дотримувалися чистоти та особистої гігієни, часто з релігійних міркувань, включаючи, мабуть, бажання бути чистими в очах своїх богів. Біблія, наприклад, містить багато правил і заборон щодо «чистого» і «нечистого» життя [90, 94].

Релігія, закон і звичаї були нерозривно переплетені. Протягом тисячоліть суспільства дивилися на епідемії як на божественний присуд проти гріхів людства. Однак уявлення про те, що епідемії і спалахи хвороб

з'являються через певні природні причини, клімат, навколишнє середовище, поступово розвивалася.

Цей великий прогрес думки відбувся протягом V-го і IV-го століть до нашої ери і фактично був першою спробою раціональної наукової теорії причинного зв'язку. Наприклад, зв'язок між малярією та болотами був встановлений дуже рано (503–403 рр. до н.е.), хоча причини зв'язку були неясні.

У книзі «Про повітря, води та місцевості», яка як вважають, була написана грецьким лікарем Гіппократом у 5 або 4 столітті до нашої ери, була зроблена перша систематична спроба встановити причинно-наслідковий зв'язок між хворобами людини та навколишнім середовищем. Поки в 19 столітті не з'явилися нові науки про бактеріологію та імунологію, ця книга давала теоретичну основу для розуміння ендемічних захворювань (які зберігаються в певній місцевості) та епідемічних захворювань (які вражають певну кількість людей протягом відносно короткого періоду) [90, 94].

Новий етап розвитку глобальної системи громадського здоров'я розпочався у Середні віки. З точки зору громадського здоров'я, Середньовіччям можна вважати період, що розпочався з початком чуми 542 р. і закінчився «Чорною смертю» (бубонною чумою) 1348 року. Хворобами, що лютували тоді були проказа, бубонна чума, віспа, туберкульоз, короста, бешиха, сибірка, трахома. Саме тоді широко почала застосовуватися ізоляція людей, хворих на певні інфекційні захворювання [84].

«Чорна смерть» чума, досягла середземноморських портів південної Європи в 1347 році і за три роки охопила всю Європу. Головним методом боротьби з чумою було ізолювати відомі чи підозрювані випадки, а також осіб, які контактували з ними. Період ізоляції спочатку становив близько 14 днів і поступово збільшувався до 40 днів. Розбурхані «чорною смертю» державні чиновники створили систему санітарного контролю для боротьби з інфекційними хворобами, використовуючи обсерваторські станції,

ізолятори та процедури дезінфекції. Основні зусилля для покращення санітарно-гігієнічного забезпечення включали розробку постачання чистої води, вивезення сміття та стічних вод, а також перевірку продуктів харчування. Ці зусилля були особливо важливими в містах, де люди жили в умовах скупчення людей у сільській місцевості з багатьма тваринами навколо своїх домівок [85].

У середні віки було зроблено ряд перших кроків для побудови системи громадського здоров'я в глобальному вимірі: спроби впоратися з антисанітарією міст і за допомогою карантину обмежити поширення хвороби; створення лікарень; надання медичної та соціальної допомоги.

Століття технологічного прогресу втілилося в 16-17 століттях у ряді наукових досягнень. Освічені лідери того часу визнавали, що політична та економічна міць держави вимагає від населення міцного здоров'я. Проте, в жодній країні ще не було розроблено жодної національної політики громадського здоров'я, оскільки урядам не вистачало знань та адміністративного механізму для проведення такої політики. В результаті проблеми громадського здоров'я продовжували вирішуватися на засадах місцевих громад, як це було в середньовіччі.

Наукові досягнення 16-17 століть заклали основи анатомії і фізіології. Спостереження та класифікація зробили можливими більш точне розпізнавання захворювань. В науковому середовищі почала формуватися ідея про те, що мікроскопічні організми можуть викликати інфекційні захворювання [94].

Серед перших піонерів громадського здоров'я був англійський статистик Джон Граунт, який у 1662 році опублікував книгу «Природні та політичні спостереження над списками померлих», що стосувалася переважно статистики у сфері соціальної гігієни та епідеміології. Він вивчав звіти про смертність і зробив спробу створити систему попередження виникнення вогнищ та поширення бубонної чуми. Звіти було складено парафіяльними та муніципальними радами, в якій наводилися цифри

смертей, а іноді й пропонувалися їх причини. Звісно, що цифри були неточними, але так фактично розпочалась польова епідеміологія.

Іншим прикладом роботи Гранта з епідеміології є його дослідження раптового сплеску смертей у 1634 році через рахіт. Граунт розглянув дві інші причини смерті – «печінка» та «селезінка» - на додаток до «рахіту», об'єднавши ці три та порівнявши частоту смертей від кожної з причин у різні роки. Граунт дослідив, чи фактично раптове збільшення смертності від рахіту в Біллі про смертність було наслідком неправильної класифікації трупів, які, як зазначали їх близькі, або й навіть медики, померли від «печінки» та «селезінки». Граунт зробив висновок, що «рахіт» саме й був причиною смертей вперше був на максимумі. [86]

Рухи дев'ятнадцятого століття за покращення санітарних умов відбувалися одночасно в кількох європейських країнах і ґрунтувалися на основах, закладених в період між 1750 і 1830 роками. Фактично цей період є народженням вже національних систем громадського здоров'я.

Приблизно з 1750 року населення Європи швидко зростало, і з цим збільшенням прийшло посилене усвідомлення великої кількості людей. дитячих смертей і несприятливих умов у в'язницях і психіатричних закладах.

У цей період також розпочалося швидке зростання кількості лікарень. Медичні заклади, засновані у Сполученому Королівстві Великобританія в результаті добровільних зусиль благодійників, допомогли створити певну модель, яку вже мали сприйняти державних органи. По-перше, визнавалася величезна соціальна потреба і навіть проводилися дослідження, але не за запитом держави, а внаслідок індивідуальних ініціатив [94]. Ці зусилля вже сформували громадську думку та привернули увагу уряду, що привело вже до конкретних дій з боку держави. Ентоні С. Вол, у своїй роботі «Життя під загрозою зникнення: громадське здоров'я у Вікторіанській Британії» зазначає, що цей період є першим в історії, який характеризувався систематичними зусиллями з боку як держави, так і окремих лікарів,

філантропів щодо навчання людей питанням охорони здоров'я і його профілактики [90].

У 1752 р. британський лікар сер Джон Прінгл опублікував книгу, в якій обговорювалася вентиляція в казармах і забезпечення вбиралень. Два роки тому він писав про тюремну лихоманку (пізніше вважалося, що це тиф), і знову наголошував на тих самих потребах, а також на питаннях особистої гігієні. У 1754 році Джеймс Лінд, який працював хірургом у британському флоті, опублікував трактат про цингу, захворювання, викликане нестачею вітаміну С. Фактично, це були одні з перших робіт з громадського здоров'я в його сучасному розумінні [90, 94].

Саме з цього періоду починають зароджуватися національні системи громадського здоров'я, тобто окремих держав.

Зважаючи, що Україна довгий час не мала незалежності та знаходилась у складі окремих тогочасних держав, то і зачатки систем громадського здоров'я формувалися спільні. Так, 1716 року указом Петра I організовується Медична канцелярія, яка керувала не тільки медичною, а й санітарною діяльністю в тогочасній Російській імперії.

Через деякий час було затверджено нагляд за санітарним станом міст, а в 1742 році починає діяти перший своєрідний санітарний «регламент» для умов праці на суконних фабриках. «Наказом губернаторам та воєводам» встановлюється обов'язковий огляд лікарем «заразних» хворих, організація карантинів. Одна з перших карантинних установ розташовувалась в містечку на Київщині – Василькові [10, 23, 56, 68].

Починаючи з другої половини XIX століття розпочалася організація та становлення земської і міської системи ЗОЗ, одним з елементів якої стають громадські санітарні організації.

На території сучасної України, найпершою і однією з найраще становлених у Російській імперії була санітарна організація Херсонського земства, заснована М. Уваровим. Вона зініціювала багатьох санітарних починів - досліджень умов праці та побуту сільськогосподарських

робітників, організації лікувально-продовольчих пунктів, вивчення захворюваності та сільськогосподарського травматизму. Саме в цій губернії, починаючи з 1887 року, вперше в Російській імперії санітарний лікар був у кожному повіті [21].

У XIX столітті професором В. Субботіним була запропонована цілісна система санітарного нагляду за містами, і в тому числі, для Києва. У відповідності до зазначеного проєкту під наглядом міської управи існувала виконавча санітарна комісія, а саме місто поділялося на санітарні ділянки; обиралися санітарні лікарі та спеціальні урядники, які заопікувалися всією санітарно-епідеміологічною роботою, профілактикою, а також та здійснювали нагляд і контроль за санітарним станом міста. З цією метою, у 1883 році створили Київське санітарно-статистичне бюро, а в 1891 році - міську санітарну станцію та хіміко-бактеріологічний кабінет.

Віктор Субботін був родом з Прилук Полтавської губернії (тепер Чернігівська область). У 1867 році закінчив медичний факультет Київського університету, у 1872—93 — його професор. Саме він був засновником першої в Україні самостійної катедри гігієни, активним співробітником Товариства київських лікарів, одним з засновників Російського Товариства Охорони Народного Здоров'я (1887), брав діяльну участь у боротьбі з епідеміями холери та тифів у Києві. Праці і статті вченого (переважно в німецьких наукових часописах), присвячені питанням фізіології, гігієни харчування, комунальної гігієни, епідеміології, організації охорони здоров'я мали велике практичне значення [69].

Незабаром міські санітарні організації створюються також у Херсоні (1878 р.), Житомирі (1881р.), Одесі (1892 р.), Полтаві (1883 р.), Катеринославі (1884р.), Миколаєві (1885р.), Ялті (1886р.), Чернігові (1886 р.) та Сімферополі (1890 р.) [22, 23, 56].

Особливістю посади санітарного лікаря кінця XIX та початку XX століть була її виборність. Населення міської або земської санітарної дільниці безпосередньо вирішувало чи варто запрошувати або

продовжувати повноваження лікаря. Необхідно зазначити, що подібний «демократизм» не шкодив справі і санітарними лікарями обирали досвідчених спеціалістів, які за час лікувальної практики показали здібності в організації та проведенні профілактичних заходів. Дослідники історії профілактичної медицини підкреслюють той факт, що санітарну діяльність високо цінувало і суспільство, і державні органи, а санітарні лікарі неодноразово отримували нагороди [22, 27, 71].

На початку ХХ століття набирала сили організація осередків. Санітарний контроль вже існував щодо фабричного і гірничозаводського, тюремного нагляду, все частіше йшлося про те, що чисельні курорти і лікувальні заклади повинні також бути в колі зору санітарних лікарів. Так, у 1912 році в 4 губерніях України почали діяти загальногубернські санітарні організації (Київська, Подільська, Волинська та Таврійська). До цього часу вони вже існували у 3 губерніях (Херсонській, Харківській та Катеринославській) [7, 10, 23].

Після жовтневого перевороту 1917 року та громадянської війни, питання санітарно-гігієнічного забезпечення і підготовки відповідних медичних кадрів досягли піку гостроти.

7 листопада 1917 року було проголошено самостійну Українську Народну Республіку у програмних документах якої зазначалося, що санітарно-гігієнічна безпека розглядається як пріоритетний напрямок медичної галузі держави. При Генеральному Секретаріаті України формується Медико-Санітарна Рада і 29 грудня 1917 року проголошується її зібрання на 20 - 22 січня у Києві, на якому постало питання організації вищої медико-санітарної інституції [37].

Незважаючи на зміну влади в Україні, питання санітарної безпеки було весь час пріоритетним і як би не змінювалась найменування та організаційна форма керівного органу охорони здоров'я, в його структурі постійно існував підрозділ, що вивчав та координував санітарно-гігієнічний напрямок практичної медицини. За часів Центральної Ради - це Медико-

Санітарна Рада - перший орган управління санітарною справою незалежної України. У свою чергу, за часів Гетьманства та Директорії діяло міністерство Народного Здоров'я і Опікування, а першим керівником санітарного департаменту став видатний гігієніст О. Корчак-Чепурківський [5, 71].

У відповідності до декрету від 21 січня 1919 року було засновано централізований орган управління медико-санітарною справою - Народний Комісаріат охорони здоров'я України, а В. Соболевим у його складі було утворено санітарно-епідеміологічний відділ, що мав наступні структурні підрозділи: санітарний, епідеміологічний та соціальної медицини, а також туберкульозну та венерологічну секції. Згідно проєкту, підготовленого Народним Комісаріатом охорони здоров'я України, в 1920 році санітарно-епідеміологічні підрозділи було організовано у всіх губернських відділах охорони здоров'я [6].

Роки після I світової війни війни характеризувались високою захворюваністю та складним епідемічним станом. Наркомздоров'я у лютому 1919 року організував Надзвичайну комісію з питань боротьби із висипним тифом, яка направляла військово-санітарні загони у населені пункти. Першим профілактичним організаціям нової влади катастрофічно не вистачало санітарних лікарів. У 1918 р. в Україні працювало всього 80 санітарних лікарів, а в 1921-му - 167. Їх зусилля зосереджувалися на епідемічних заходах та санітарному благоустрою населених пунктів (централізоване водопостачання функціонувало в 29 містах, а асенізація була організована лише в Києві, Харкові, Одесі та Катеринославі). Для прискорення роботи щодо належного санітарного стану запроваджувалися оригінальні методи: тематичні суботники, місячники чистоти, до яких широко залучалася громадськість. Також відбувалися «санітарні суди», які, наприклад, в Одесі збирали до 4 тисяч мешканців [6, 23].

Для початку 20-х рр. XX сторіччя характерною стала послідовна тактика уряду щодо організації державного санітарного нагляду.

Беззаперечна першість у цій справі належала Україні, а Олександр Марзеєв, який розпочав свою практичну діяльність санітарним лікарем Верхньодніпровського повіту Катеринославської губернії, став справжнім організатором профілактичної медицини і служби. Програмна доповідь Марзеєва «Про санітарну організацію на Україні», з якою він виступив у квітні 1922 року на III Всеукраїнському з'їзді бактеріологів, епідеміологів та санітарних лікарів, дала поштовх організації санітарного нагляду державного рівня. З'їздом було прийнято «Положення про санітарну організацію» та обрано колегію санітарно-епідеміологічного відділу Наркомздор'я УРСР, яку очолив безпосередньо Марзеєв [6, 23].

Датою народження Державної санітарно-епідеміологічної служби вважають 1 червня 1923 року, коли Рада Народних Комісарів УРСР підписала постанову «Про санітарні органи республіки». Цим документом були узаконені права та обов'язки санітарних органів, на державному рівні визначено організаційні засади проведення санітарних та протиепідемічних заходів. Постанова «Про санітарні органи республіки» затвердила структуру та штати санітарних органів УРСР від центра до периферії.

Санітарно-епідеміологічний відділ Наркомздор'я УРСР структурно перебудувався і складався з таких підрозділів: санітарного, епідемічного, статистичного, санітарно-просвітницького та санітарно-технічного. Губернські санепідвіділи організовували свою структуру аналогічно. У містах із населенням понад 50 тис. мешканців відкривалися міські санепідвіділи, до складу яких входили санітарні лікарі та лікарі-епідеміологи. Кожному повіту надавалася одна посада санітарного лікаря та його помічника: із розрахунку один на 200 000 населення [6, 23].

Питання санітарного нагляду та подальшого розвитку санітарної служби розглядалося на II Всеукраїнській нараді, яка відбулася того ж 1923 року. На ній наголошувалося на необхідності впровадження нових методів дослідження, що базуються на наукових засадах. Невдовзі було відкрито 80 санітарно-бактеріологічних лабораторій, що дало можливість впровадити та

застосовувати лабораторні методи досліджень харчових продуктів, води, доквілля; в 1924 році «Тимчасовими будівельними правилами» затвердили положення про обов'язковий попередній санітарний нагляд за будівництвом під час його підготовки та завершення; в 1925 році у санепідвідділі Наркомздоров'я УРСР створюється санітарно-харчова інспекція, а з 1926 року санітарно-епідеміологічна служба починає епіднагляд за мережею водогонів України. 1925 року вступає у дію також перший закон про санітарний нагляд за виготовленням, зберіганням та реалізацією харчових продуктів в УРСР [6, 23, 56, 68].

Більшість промисловості України знаходились під постійним наглядом промислово-санітарних лікарів, що проводили обов'язковий інструктаж робітників, що працювали у шкідливих та небезпечних умовах.

Було розгорнуто санітарно-освітню кампанію в сільськогосподарських регіонах. На той час в Україні діяло понад 20 будинків, 1700 кімнат і куточків санпросвіти, в яких було прочитано сотні лекцій, роздано тисячі популярних брошур. Однією з ефективних методик впровадження санітарної культури серед населення стали вистави театрів санітарної просвіти, якими керували лікарі профілактичної медицини на громадських засадах. Зазначені театри діяли у Києві, Харкові, Луганську, Артемівську, а кілька з них було організовано на залізниці та водному транспорті.

Наступний період становлення системи починається з VI Всеукраїнської санітарної ради, яка відбулася у жовтні 1927 року. Під час роботи сесії Олександр Марзєєв чітко сформулював необхідність організаційно та юридично оформити санітарний заклад, що об'єднає всі санітарно-профілактичні установи, адже мережа установ служби з санітарних бюро, бактеріологічних, малярійних і пастерівських станцій інших установ потребувала єдиного керівництва на адміністративному рівні. Ідея комплексного санітарно-епідеміологічного закладу знайшла підтримку серед фахівців. Так було створено санітарно-епідеміологічну станцію [6, 23].

30 листопада 1927 року колегія Наркомздорів'я затвердила постанову санітарної ради, констатувавши своєму рішенні: «включити до складу санітарної організації райсанстанцію як окремий санітарно-епідеміологічний заклад із самостійним бюджетом». Лише наступного року таке ж рішення було прийнято в Росії, а з 1932 року досвід діяльності санітарної служби України впроваджено у всіх республіках СРСР.

На цьому етапі становлення, результатами діяльності санітарно-епідеміологічної служби стало повне знищення віспи, чуми, висипного тифу, до поодиноких випадків зменшена захворюваність на малярію, черевний тиф та багато інших небезпечних інфекційних захворювань. Тридцять років характеризувались диференціацією санітарних лікарів за епідеміологічним, житлово-комунальним, промисловим та харчовим напрямками. У 1930 році із 700 санітарних лікарів було всього 250 профільних: епідеміологів - 80; фахівців із житлово-комунальних питань - 35; промислової санітарії - 90 та харчової – 45 [23].

Авторитет Служби дедалі зростав, нарощувались обсяги виконуваних робіт, збільшувалась кількість фахівців. Починаючи із 1932 року жодне відомство України не мало права розробляти перспективні плани без узгодження їх з органами санітарно-епідеміологічного нагляду.

У 1936 році загальне число санітарно-епідеміологічних станцій в Україні сягало 406, а в 1953 році - 955. Індустріалізація держави чи ліквідація наслідків війни, бурхливий розвиток міст чи механізація сільської праці, - кожен період розвитку країни ставив перед санітарною службою свої завдання, які вона успішно вирішувала, впроваджуючи в практику досягнення медичної науки [23].

Основою подальшого зміцнення санітарно-епідеміологічної служби стало прийняття 1963 року постанови «Про державний санітарний нагляд у СРСР» та створення у центральному апараті МОЗ України Головного санітарно-епідеміологічного управління. Водночас, було введено посади головних санітарних лікарів усіх рівнів. Таким чином, 40 років тому

відбулось формування структури санітарно-епідеміологічної служби практично в тому вигляді, у якому вона проіснувала до 2016 року [6].

Катастрофа в Чорнобилі теж продемонструвала відповідний рівень профілактичної медицини в Україні. Блискавично зорганізовані у структурі СЕС, радіологічні підрозділи розгорнули діяльність у всіх постраждалих районах та обґрунтували необхідність евакуації людей.

Кардинальні політичні, економічні та соціальні перетворення, що відбулися у країні наприкінці 80-х і початку 90-х років, насамперед, здобуття Україною своєї незалежності, активізували зусилля керівників, спеціалістів держсанепідслужби щодо удосконалення її організаційної структури, визначення і закріплення ролі Служби у загальній системі вітчизняної охорони здоров'я. Так, 24 лютого 1994 року Верховною Радою України прийнято Закон України «Про забезпечення санітарного епідемічного благополуччя населення». Цим документом і визначалася діяльність державної санітарно-епідеміологічної служби України до 2016 року і продовжують регламентуватися окремі складові та напрямки системи громадського здоров'я [15].

Варто зазначити, що зміни в поглядах на проблематику громадського здоров'я розпочались ще, коли Україна перебувала у складі СРСР, десь з кінця 80-х років. Нові підходи до сфери охорони здоров'я лягли в основу Комплексної програми профілактики захворювань і формування здорового способу життя населення, затвердженої постановою Ради Міністрів УРСР від 7 грудня 1989 р. № 305 і виконання якої розраховувалося до 2000 року. Надалі, схожі програми розроблялися і впроваджувалися на рівні відомств та адміністративних територій, підприємств і організацій, але їх виконання стримувалося через відсутність необхідного фінансування. Подальша трансформація українського суспільства потребувала нових законодавчо-нормативних документів у цій сфері діяльності, що визначали б досить вчасні положення [23].

Не дивлячись на ряд системних недоліків, все ж такий етап становлення системи громадського здоров'я в Україні як діяльність санітарно-епідеміологічної служби, безперечно, належить до національних здобутків України, а постаті видатних вчених та організаторів Д. Заболотного, Л. Громашевського, О. Марзєєва, Л. Медведя широко відомі у світі та шануються науковою спільнотою [65].

Ключовим елементом системи громадського здоров'я тривалий час залишалася Державна санітарно-епідеміологічна служба, основною метою діяльності якої було забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення. Вертикальна система санітарного нагляду, яка існувала до цього, займалася державним наглядом та контролем. Зосередженість Держсанепідслужби саме на цих аспектах своєї діяльності не сприяла покращенню ситуації з рівнем захворюваності населення [65].

Саме тому, у вересні 2014 р. було ухвалено Постанову Кабінету Міністрів України (КМУ) «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади», яка поклала початок реорганізації ключової установи у сфері громадського здоров'я – Державної санітарно-епідеміологічної служби України (Держсанепідслужби), ліквідації Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань та утворенню Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів [41].

На регіональному рівні Головні управління Держсанепідслужби в областях було ліквідовано у червні – серпні 2016 року, а лабораторні центри Держсанепідслужби було реорганізовано в лабораторні центри МОЗ.

У 2017 р. було прийнято Постанову КМУ «Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби», якою було ліквідовано Держсанепідслужбу, а її функції розподілені між Міністерством аграрної політики та продовольства України (питання «З лану – на стіл», тобто щодо усього шляху харчових продуктів до споживача) і МОЗ (епідпитання) [42].

Паралельно, наказом МОЗ України №604 від 18.09.2015 р. [34] на виконання Розпорядження КМУ №909-р від 2.09.2015 р. [60] було утворено Державну установу «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» - ЗОЗ, який покликаний відповідати за збереження і зміцнення здоров'я населення, соціально-гігієнічний моніторинг захворювань, епідеміологічний нагляд і біологічну безпеку, групову та популяційну профілактику захворюваності, боротьбу з епідеміями та стратегічне управління у сфері громадського здоров'я. Головним завданням новоствореного ЦГЗ було визначено діяльність у сфері громадського здоров'я. Установа виконує лікувально-профілактичні, науково-практичні та організаційно-методичні функції у сфері охорони здоров'я з метою забезпечення якості лікування хворих на соціально небезпечні захворювання, зокрема ВІЛ/СНІД, туберкульоз, наркозалежність, вірусні гепатити тощо, попередження захворювань у контексті розбудови системи громадського здоров'я; бере участь у формуванні регуляторної політики та взаємодіє з іншими міністерствами, науково-дослідними установами, міжнародними, громадськими організаціями, що працюють у сфері громадського здоров'я та протидії соціально небезпечним захворюванням [53].

Саме ЦГЗ МОЗ було визначено координатором програм і проектів громадського здоров'я з наділенням його функціями із супроводження управлінських рішень, зокрема зі створення та підтримки єдиної інформаційно-аналітичної системи медичної інформації, методичного керівництва лабораторною й аналітичною роботою регіональних центрів громадського здоров'я (регіональних ЦГЗ). Забезпечення централізації та децентралізації на регіональному рівні має відбуватись через передачу визначених функцій у сфері громадського здоров'я та ресурсів органам місцевого самоврядування, об'єднання та оптимізації наявних ресурсів і створення регіональних ЦГЗ [28].

Відповідно до Статуту ЦГЗ МОЗ (у редакції 2021 року) він виконує функції головної установи МОЗ (лікувально-профілактичні, науково-практичні та організаційно-методичні функції) щодо:

- громадського здоров'я та протидії небезпечним, особливо небезпечним I-II групи патогенності та новим інфекційним захворюванням (йдеться про ВІЛ/СНІД, туберкульоз, грип, особливо небезпечні інфекційні хвороби рикекційної, арговірусної та іншої етіології);
- біологічного захисту та біологічної безпеки, імунопрофілактики (включаючи епідеміологію інфекційних хвороб, керованих засобами специфічної профілактики);
- лабораторної діагностики інфекційних захворювань, гігієнічних та мікробіологічних проблем здоров'я людини, пов'язаних з довкіллям;
- виконання Міжнародних медико-санітарних правил; - координації реагування на надзвичайні ситуації в галузі громадського здоров'я та профілактики неінфекційних захворювань. До напрямків діяльності ЦГЗ МОЗ для виконання цих завдань віднесено, з-поміж інших, організаційно-методичний, інформаційно-аналітичний, науково-практичний і наукову діяльність.

В рамках цих напрямків діяльності у Статуті було конкретизовано функції ЦГЗ МОЗ, до яких віднесли: - моніторинг за інфекційними хворобами, моніторинг стану імунітету населення; - ведення державного обліку інфекційних хвороб; - моніторинг ефективності профілактичних програм та протиепідемічних заходів; - створення та підтримка роботи національних медичних інформаційних систем з обліку та аналізу даних щодо інфекційних хвороб та неінфекційних захворювань; - забезпечення взаємодії вказаних систем з європейськими інформаційними мережами; - проведення науково-практичних досліджень збудників інфекційних хвороб, що циркулюють на території України та інших досліджень у сфері громадського здоров'я; - виявлення причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення та факторами життєдіяльності; - аналіз

використання, залишків та стану забезпеченості лікарськими засобами, імунобіологічними препаратами та медичними виробами на регіональному та центральному рівнях, впровадження автоматизованого процесу обліку та звітності у цій сфері; - оцінка соціальних детермінантів здоров'я (чинників, що впливають на здоров'я населення); - забезпечення проведення інформаційно-роз'яснювальної діяльності.

Розділ XI Статуту передбачає можливість створення ЦГЗ МОЗ наукових підрозділів із наступними основними завданнями: - проведення наукових досліджень, впровадження інновацій та технологій у галузі громадського здоров'я; - надання наукової підтримки у розробці та реалізації національних програм щодо попередження та профілактики інфекційних хвороб шляхом визначення закономірностей та особливостей стану здоров'я населення; - проведення епідеміологічних досліджень довгострокового впливу шкідливих фізичних, хімічних і біологічних чинників на здоров'я людини та ідентифікація викликаних ними специфічних змін у стані здоров'я; - надання методичної допомоги в розвитку наукової діяльності у сфері громадського здоров'я; - розробка проектів нормативно-правових актів та стратегій у сфері громадського здоров'я [67].

В структурі ЦГЗ МОЗ функціонує Філія «Український інститут політики громадського здоров'я», що організував та провів чи проводить значну кількість дослідницьких проектів, зокрема «Лікування психічних розладів у пацієнтів в метадонових клініках України» (період впровадження: 01.07.2018 р. – 31.05.2023 р.), «Тренінгова програма з досліджень щодо ВІЛ в Україні» (01.06.2017 р. – 31.05.2022 р.), «Інтеграція лікування залежності та ВІЛ-інфекції у первинну ланку охорони здоров'я» (15.09.2016 р. – 30.06.2021 р.), «Нездорове вживання алкоголю та інші супутні захворювання серед ВІЛ-позитивних хворих на туберкульоз в Україні» (15.10.2020 р. – 14.10.2021 р.), «Оцінка спрощеної моделі інтегрованого лікування вірусного гепатиту С в медичних закладах, що надають ПТАО в Україні» (28.08.2020 р. – 28.08.2021 р.), «Використання

аналізу латентних класів для оцінки впливу багаторівневої стигми на залучення до лікування ВІЛ-позитивних жінок, які вживають наркотики, в Україні» (01.01.2019 р. – 30.04.2021 р.), «Розширення доступу до МПЛ в Україні» (01.10.2018 – 30.06.2021 р.), «Покращення якості медикаментозного підтримуючого лікування в Україні» (01.08.2016 р. – 30.09.2021 р.) [54, 21]

З метою надання МОЗ України незалежної оцінки у питаннях формування та реалізації політики у сфері імунопрофілактики і рекомендацій з удосконалення національної політики та стратегії імунопрофілактики для всіх категорій населення створено Національну технічну групу експертів з питань імунопрофілактики (НТГЕІ), що є постійним незалежним дорадчим органом, який надає на запит МОЗ рекомендації з питань формування та реалізації політики у сфері імунопрофілактики на підставі наукових досліджень, сучасних підходів і доказової медицини. До основних завдань НТГЕІ належать аналіз і надання пропозицій щодо формування оптимальної національної політики та стратегії у сфері імунопрофілактики; аналіз виконання національної та регіональних програм з імунізації; визначення та обґрунтування потреби в додаткових епідеміологічних та імунологічних дослідженнях; аналіз результатів іноземних та вітчизняних наукових досліджень і надання рекомендацій щодо їх впровадження у практику медичного обслуговування; інформування МОЗ про наукові досягнення у галузі імунопрофілактики та боротьби із захворюваннями, які можна попередити шляхом імунопрофілактики; внесення пропозицій щодо розробки проектів нормативно-правових актів з питань формування та реалізації політики у сфері імунопрофілактики; аналіз проектів та чинних нормативно-правових актів з питань формування і реалізації політики у сфері імунопрофілактики та, за потреби, надання відповідних пропозицій щодо внесення змін і доповнень до них; надання рекомендацій щодо застосування імунобіологічних препаратів з певним антигенним складом за наявності

нової інформації або в разі зміни ступеня ризику, що пов'язаний з конкретним захворюванням [35].

У 2018 р. рішеннями обласних рад було створено 8 обласних Центрів громадського здоров'я – у Волинській, Житомирській, Кіровоградській, Львівській, Рівненській, Тернопільській, Хмельницькій областях та м. Київ, у 2019 р., – 9 обласних Центрів громадського здоров'я – у Херсонській, Черкаській, Сумській, Івано-Франківській, Полтавській, Дніпропетровській, Київській, Луганській і Закарпатській областях, у 2020 р., – 5 обласних центрів громадського здоров'я – у Чернівецькій, Одеській, Миколаївській, Чернігівській і Харківській областях [21, 62]. Вони мали функціонувати відповідно до Примірного статуту та Примірної структури центру громадського здоров'я (обласного, міст Києва та Севастополя), затверджених Наказом МОЗ, який було ухвалено у листопаді 2018 р.

Ці документи за своїм змістом відповідали положенням актів щодо ЦГЗ МОЗ та Статуту ЦГЗ МОЗ. Зокрема, регіональні ЦГЗ мали здійснювати епідеміологічний нагляд (спостереження) за хворобами й оцінювання стану здоров'я населення; виявлення пріоритетних проблем охорони здоров'я та загроз для здоров'я; планування на випадок надзвичайних подій у сфері громадського здоров'я; забезпечення профілактики захворювань; зміцнення здоров'я населення; планування кадрових ресурсів для системи громадського здоров'я; стратегічне керівництво у сфері громадського здоров'я.

Центри повинні були відігравати провідну роль у реалізації передбачених Концепцією заходів районного та місцевого рівня, таких як залучення центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, індивідуальних лікарів загальної практики – сімейних лікарів, медичного персоналу, об'єднань громадян і волонтерів до здійснення протиепідемічних і профілактичних заходів щодо інфекційних хвороб, проведення індивідуальної та масової профілактики захворювань, аналізу стану здоров'я населення, розроблення рекомендацій щодо профілактики та

зниження впливу негативних факторів виникнення захворювань, розслідування поодиноких випадків інфекційних хвороб, проведення санітарнопросвітницької роботи серед населення з питань профілактики інфекційних хвороб і неінфекційних захворювань; своєчасне інформування про випадки інфекційних хвороб, отруєнь серед населення; розслідування випадків і спалахів інфекційних хвороб, які не поширюються за межі домогосподарств; виконання програм у сфері громадського здоров'я; участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я, які мають локальне значення [21, 28, 49].

У сфері забезпечення готовності та планування на випадок надзвичайних подій у сфері громадського здоров'я центри повинні були би проводити періодичну оцінку дій під час реагування на минулі інциденти та виявлення можливостей для покращення реагування. При забезпеченні профілактики захворювань мав здійснюватися моніторинг виконання проектів комплексних заходів та програм з профілактики захворювань, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив, а також розроблення скринінгових програм для ранньої діагностики захворювань. Зміцнення здоров'я населення передбачало б розробку стратегій з формування свідомого і відповідального відношення населення до власного здоров'я і особистої безпеки, в тому числі профілактики самогубств.

Відповідно, примірна структура регіонального ЦГЗ передбачала створення структурних підрозділів, покликаних надавати інформаційно-аналітичну підтримку центрам: Відділу стратегічного розвитку і наукових досліджень, Відділу координації інформаційних систем, Відділ моніторингу і оцінки, Відділу медичної статистики та аналітики [49].

На базі створених обласних центрів громадського здоров'я тривав процес об'єднання всіх структур: центру здоров'я, центру медичної статистики, підрозділів моніторингу і оцінювання центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом і туберкульозом (ТБ). Для консолідації наявних

ресурсів у секторі громадського здоров'я в складі центрів громадського здоров'я створювали підрозділи моніторингу і оцінювання ВІЛ/СНІД і ТБ; медичної статистики; імунопрофілактики; комунікацій [62].

Дослідники проблематики, що були прихильниками зазначеного шляху трансформації системи громадського здоров'я, відзначали, що нормативна основа регулювання повноважень, функцій, відповідних прав та обов'язків, а також структурна побудова органів громадського здоров'я потенційно могла дозволити їм виконувати завдання, пов'язані із інформаційно-аналітичною підтримкою системи громадського здоров'я. Однак, з боку окремих організаторів охорони здоров'я, працівників та цілих колективів лабораторних центрів лунали заклики щодо непродуманості вказаних кроків та потенційної неспроможності реагувати на біологічні загрози для держави в майбутньому.

Ситуацію кардинально змінила пандемія COVID-19 і вже у лютому 2020 р. було відновлено частину функціоналу Головного державного санітарного лікаря України, однак не Держсанепідслужбу, а виконання відповідних повноважень поклали на заступника Міністра охорони здоров'я. розпорядженням Кабінету Міністрів України «Про визначення окремих повноважень заступника Міністра охорони здоров'я – головного державного санітарного лікаря України Ляшка Віктора Кириловича» №285-р від 14.03.2020 р. [58].

В його обов'язки входила координація дії органів державної влади для запобігання COVID-19 на території України і були надані наступні повноваження:

- з епідеміологічного нагляду (спостереження), із запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, локалізації та ліквідації їхніх спалахів та епідемій, крім заходів державного нагляду (контролю) та надання документів дозвільного характеру;
- із визначення уповноважених осіб на здійснення повноважень Головних державних санітарних лікарів відповідних адміністративно-територіальних

одиниць, водного, залізничного, повітряного транспорту щодо епідеміологічного нагляду (спостереження), запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, локалізації та ліквідації їхніх спалахів та епідемій, крім заходів державного нагляду (контролю) та надання документів дозвільного характеру [58].

У червні 2021 р., розпорядженням Кабінету Міністрів України «Про визначення окремих повноважень заступника Міністра охорони здоров'я – головного державного санітарного лікаря України Кузіна Ігоря Володимировича» № 713-р від 30.06.2021 р., Головному державному санітарному лікарю України надано, крім вищевказаних ще і наступні повноваження:

- утворення комісій для проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи в особливо складних випадках;
- встановлення переліку установ, організацій, лабораторій, що можуть залучатися до проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи [57].

Ці кроки частина громадскості вважала спрямованими на відновлення Держсанепідслужби, і відповідно, не завжди вони знаходили підтримку.

Становлення нового напрямку розвитку системи громадського здоовя продовжилося 17 лютого 2021 р. КМУ ухвалив Постанову №106 «Про внесення змін до Постанови Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1121» яким було запроваджено реорганізацію шляхом приєднання регіональних ЦГЗ до закладів охорони здоров'я відповідних адміністративно-територіальних одиниць і переведення працівників центрів громадського здоров'я (обласних, м. Києва), тобто регіональних ЦГЗ до лабораторних центрів МОЗ або їхніх правонаступників [43].

В Пояснювальній записці до відповідної постанови КМУ зазначалось, що таке рішення:

- дозволить збільшити штатну чисельність лабораторних центрів МОЗ, підвищить ефективність реагування на COVID-19;

- сприятиме створенню єдиної системи громадського здоров'я на регіональному рівні;
- дозволить уникнути дублювання функцій, які здійснюють лабораторні центри та регіональні ЦГЗ [48].

У 2021 році Міністерство охорони здоров'я України розпочало публічні консультації щодо підготовки проєкту Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року (далі Стратегія) на виконання Указу Президента України від 18 серпня 2021 року № 369/2021 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» [55].

Для розроблення проєкту Стратегії Міністерством охорони здоров'я України було утворено міжсекторальну робочу групу (МРГ), затверджено положення про неї та персональний склад її членів, а також п'ять підгруп МРГ за окремими тематичними напрямками, до роботи в яких залучили понад 80 експертів – представників органів влади, інститутів громадянського суспільства, міжнародних організацій тощо. Також на офіційному сайті МОЗ у рубриці «Стратегія» було забезпечено оприлюднення матеріалів, пов'язаних із роботою щодо підготовки проєкту Стратегії [55].

Ціллю публічних консультацій було визначено збір і опрацювання рекомендацій від зацікавлених осіб для подальшого доопрацювання Стратегії і до них запрошувались громадяни з усіх регіонів України у режимі онлайн на платформі Zoom. Консультації проводились:

- З надавачами медичних послуг (керівниками закладів охорони здоров'я, лікарями усіх ланок, медичним персоналом, профільними асоціаціями)
- З представниками органів місцевого самоврядування
- З громадськими організаціями та пацієнтами
- З експертами та науковцями
- З представниками медичних навчальних закладів та їхніми студентами

- З бізнес-спільнотою.

Проведення публічних консультацій передбачало вивчення та оцінку позицій зацікавлених сторін та обговорення запропонованих пропозицій щодо ключових розділів Стратегії.

9 грудня з 10:00 до 12:30 Міністерство охорони здоров'я України за сприяння Національного Демократичного Інституту, Коаліції Реанімаційний Пакет Реформ та Інституту «Республіка» організувало публічні консультації на тему «Громадське здоров'я та кадрові ресурси системи охорони здоров'я» в онлайн-форматі. Метою цих публічних консультацій визначалось сприяння відкритому інклюзивному діалогу з громадянами щодо розроблення напрямку громадського здоров'я у Стратегії. До консультацій запрошувалися усі зацікавлені особи. Виносились наступні питання до обговорення:

1. Якою має бути система громадського здоров'я, яка зможе зберегти та зміцнити здоров'я населення?
2. Як має працювати система попередження виникнення, раннього виявлення та ефективного реагування на надзвичайні ситуації?
3. Що сприятиме підвищенню рівня відповідальності людей щодо власного здоров'я та права ухвалення клінічних рішень?
4. Як забезпечити повноцінну участь людей та громад у спільному виробленні медичних послуг?

Формат публічних консультацій передбачив презентації позицій представників МОЗ і модеровану дискусію всіх учасників у малих групах для напрацювання рекомендацій. Ці рекомендації були передані Міністерству для врахування в розробленні Стратегії [55].

- 2.2. Правові основи розвитку системи громадського здоров'я в Україні та нормативна регламентація основних оперативних функцій громадського здоров'я

У квітні 2020 року, в межах Проєкту «Надання підтримки Україні у розвитку сучасної системи громадського здоров'я», що впроваджується GFA Consulting Group GmbH, Німеччина, у консорціумі з Фінським інститутом охорони здоров'я та добробуту (THL) за фінансової підтримки Європейського Союзу був здійснений аналіз законодавства України у сфері охорони здоров'я, в тому числі і щодо функціонування системи громадського здоров'я, з метою підтримати консолідацію та розширення можливостей Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» [13].

На основі дослідження юристи розробили рекомендації щодо внесення змін до чинного законодавства України, аби наблизити його до директив Європейського союзу та до законодавства держав-членів ЄС. «У законодавстві добре охоплені питання, пов'язані з управлінням, фінансуванням та наданням послуг, а також категорії з управління інформаційною системою охорони здоров'я, освіти та ліцензування медичного персоналу, організації медичних досліджень на етичних засадах та наданням дозволів на розповсюдження та продаж медичних засобів. Натомість, у чинних законах дуже слабка юридична підтримка питань оцінки результатів та якості медичних послуг, а також врахування потреб споживача. Міністерству охорони здоров'я України потрібно зосередитись на розробці рамкового Закону про охорону здоров'я, який на загальному рівні буде регулювати основні функції системи охорони здоров'я, посилить увагу до профілактики хвороб та промоції здорового способу життя, підвищенню результативності та якості надання медичних послуг, а також до потреб населення у сфері громадського здоров'я», – резюмує один з авторів дослідження, експерт Проєкту ЄС данський юрист Пол Тім [13].

На сьогодні, до прийняття профільного закону, правовою основою, на якій ґрунтується функціонування і розвиток системи громадського здоров'я є Закони України «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та

Концепція розвитку системи громадського здоров'я (далі - Концепція), затверджена розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1002-р.

Метою Концепції було визначено переорієнтацію фокусу системи охорони здоров'я від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я і запобігання захворювань [19, 20, 21].

Документ регламентує засади, напрями, завдання, механізми і строки розбудови системи громадського здоров'я з метою формування та реалізації ефективної державної політики для збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства [19, 21, 92, 93].

Концепція передбачає, що система громадського здоров'я – є основою профілактичної медицини та повинна передбачати основні заходи у сфері охорони здоров'я та бути спрямованою на збереження здоров'я населення і зменшення обсягу витрат на медичне обслуговування, тобто втілювати основні системні заходи у сфері охорони здоров'я та спрямовуватись на збереження як популяційного, так й індивідуального здоров'я населення. Становлення і трансформація системи громадського здоров'я має полягати у створенні єдиної системи профілактичної медицини, врахуванні політик здоров'я в усіх діяльності усіх гілок влади та місцевого самоврядування, налагодженні ефективного механізму співпраці з усіма центральними органами виконавчої влади, щоб обмінюватися інформацією про фактори, що впливають на стан здоров'я населення [19, 20, 21, 93].

Концепція вказує на системні проблеми, пов'язані із діяльністю органів державної влади у сфері громадського здоров'я:

- неструктурованість та часто дублюючий характер системи звітності про захворювання;
- відсутність інформаційних системи обліку, моніторингу захворювань, що функціонують у режимі реального часу (зокрема, ведення або дублювання

звітності на паперових носіях, що уповільнює процес передачі актуальної інформації і, відповідно, призводить до необґрунтованих витрат людських ресурсів та невикористання даних для прийняття управлінських рішень; необґрунтованість обсягу даних, що збираються; неможливість ефективної обробки через відсутність інформаційних систем; спотворення кінцевих даних через існування паралельних систем збору);

- незадовільна робота розгалуженої мережі науково-дослідних інститутів та аналітично-дослідних установ у галузях епідеміології, інфектології, гігієни праці, охорони навколишнього природного середовища тощо у структурі МОЗ та Національної академії медичних наук України; неінтегрованість медичної науки до світового наукового простору, невикористання нею сучасних методів аналізу та моделювання ситуації, що призвело до формування політики у сфері громадського здоров'я майже без урахування сучасних наукових розробок [19, 21].

Саме тому, одним із основних завдань у Концепції визначено удосконалення аналітичної та інформаційної складових діяльності у сфері громадського здоров'я, створення модернізованих та доступних інформаційних баз даних та системи обміну інформацією у онлайн-режимі та заплановано наступне:

- створення єдиної системи громадського здоров'я, що передбачає, з-поміж іншого, проведення аудиту, оптимізацію мережі та консолідацію аналітичних ресурсів науково-дослідних установ та лабораторних центрів МОЗ і покладення на Центр громадського здоров'я МОЗ України (ЦГЗ МОЗ) функцій із супроводження управлінських рішень у сфері громадського здоров'я, зокрема зі створення та підтримки єдиної інформаційноаналітичної системи медичної інформації, методичного керівництва лабораторною та аналітичною роботою;

- удосконалення законодавчої бази, посилення інформаційно-аналітичної складової діяльності у сфері громадського здоров'я, зокрема шляхом

удосконалення та уніфікації підходів до підготовки статистичної звітності та впровадження єдиних інформаційних систем і технологій;

- удосконалення процедур проведення центральними органами виконавчої влади державного соціально-гігієнічного моніторингу та формування бази даних про стан здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини за результатами аналізу причин та наслідків впливу на стан здоров'я населення середовища життєдіяльності людини [19, 21, 93].

18 серпня 2017 р. КМУ затвердив План заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я своїм розпорядженням № 560-р. Планом заходів було передбачено:

- Розробку проєктів Законів України: 1) «Про систему громадського здоров'я». 2) Про внесення змін до Закону України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки» щодо включення механізму для досягнення цілей стратегії Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу «Прискорення заходів»;
- Розробку та внесення в установленому порядку на розгляд КМУ проєктів актів щодо: 1) затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку; 2) схвалення Стратегії з безпеки та захисту населення від загроз біологічного та хімічного походження та затвердження плану заходів щодо її реалізації; 3) затвердження Порядку реагування на надзвичайні події відповідно до вимог Міжнародних медико-санітарних правил (2005); 4) внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 21 лютого 2001 р. № 157 «Деякі питання реєстрації, обліку та звітності щодо інфекційних хвороб» з метою приведення у відповідність з Рішенням Європейської Комісії № 2000/96/ЄС; 5) внесення змін до підпункту 1 пункту 1 § 50 Регламенту Кабінету Міністрів України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 18 липня 2007 р. № 950 (в редакції

- постанови Кабінету Міністрів України від 9 листопада 2011 р. № 1156), щодо оцінки впливу результатів реалізації проектів нормативно-правових актів на стан здоров'я населення; 6) затвердження Національного плану дій боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів; 7) затвердження в новій редакції Порядку проведення державного соціально-гігієнічного моніторингу;
- Забезпечити: 1) розроблення та затвердження Комунікаційної стратегії з пріоритетних питань громадського здоров'я; 2) розроблення та впровадження спеціалізованої програми з підвищення кваліфікації епідеміологів; 3) розроблення та затвердження стандартів освіти та освітніх програм за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для забезпечення триступеневої підготовки (бакалаврату, магістратури та доктора філософії) та безперервного професійного розвитку; 4) розроблення плану заходів з розвитку кадрових ресурсів у системі громадського здоров'я; 5) внесення змін до національного класифікатора України ДК 003:2010 «Класифікатор професій» за напрямом «громадське здоров'я»; 6) затвердження критеріїв та порядку надання лабораторіям статусу референс-лабораторій, а також переліку лабораторій, яким надано статус референс-лабораторій в системі громадського здоров'я; 7) розроблення та затвердження Порядку функціонування державної мережі лабораторій для реагування на надзвичайні події у сфері громадського здоров'я не нижче другого рівня біологічної безпеки; 8) впровадження електронної системи управління інформацією в лабораторній мережі системи громадського здоров'я; 9) впровадження електронної інформаційної системи спостереження за інфекційними захворюваннями; 10) розроблення регіональних планів комплексних заходів та програм з профілактики та лікування захворювань, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив; 11) залучення міжнародної технічної та

фінансової допомоги для реалізації в Україні пріоритетних проектів у сфері громадського здоров'я; 12) розроблення та перегляд існуючих нормативно-правових актів з метою гармонізації законодавства Європейського Союзу у сферах громадського здоров'я та санітарного законодавства та інш. [61].

Стан і розвиток системи громадського здоров'я є прямо пропорційно залежним від інформації, отриманої в результаті моніторингу стану здоров'я, захворюваності населення на усіх рівнях від загальнодержавного до локального, а також для діагностики та дослідження проблем здоров'я та небезпек і ризиків. Воно залежать від статистики життєдіяльності та систем звітності про хвороби, включаючи неінфекційні захворювання, травми, фактори ризику, ресурси охорони здоров'я, використання ресурсів та спеціальні реєстри захворювань, такі як рак, вроджені вади та багато інших. Інформаційні технології та комп'ютеризація дозволяють пов'язати системи даних для оцінки впливу на стан здоров'я та використання послуг, що забезпечують життєво важливу інформацію для епідеміологічного та економічного аналізу з метою розробки політик у сфері громадського здоров'я та визначення пріоритетних напрямків. Кількісні та якісні спостереження для встановлення взаємозв'язків та можливих моментів втручання є одним з підвалин, на яких будується система громадського здоров'я в усіх країнах світу, в тому числі й Україні [20, 21, 29, 36, 95].

Зазначена позиція знайшла своє вираження і в «Європейському плані дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я» (ЄДП), документі, прийнятому у 2012 році Європейським регіональним бюро ВООЗ, що став своєрідною «дорожньою картою» для роботи систем громадського здоров'я в країнах Європейського регіону [80].

З приходом у 2009 році Жужанни Якаб на посаду регіонального директора Європейського регіонального бюро ВООЗ, відбулась дієва трансформація і розширення основних оперативних функцій громадського здоров'я. Починає формуватися якісно новий підхід до громадського

здоров'я через залучення всього державного апарату кожної країни та громад. На практиці це означало, що сфера громадського здоров'я перестала бути обмеженою лише системою охорони здоров'я [28, 80].

Європейська політика в інтересах здоров'я та добробуту «Здоров'я-2020» та Європейський план дій з посилення потенціалу та послуг громадського здоров'я заклали фундамент для того, щоб суспільне здоров'я визначалося національним і глобальним пріоритетом для країн – членів Європейського регіону ВООЗ.

Без сумніву, оперативні функції громадського здоров'я, схвалені на 62-й сесії Європейського регіонального комітету у Мальті, в 2012 році, відображають усю цю поступальну еволюцію громадського здоров'я:

- основні послуги громадського здоров'я: профілактика хвороб, зміцнення та захист здоров'я;
- функції системи охорони здоров'я, які забезпечують надання послуг належним чином;
- справедливість у ставленні до здоров'я, залучення населення та модель міжсекторального управління.

Усі вказані складові можна назвати багатокomпонентними механізмами, що вкупі забезпечують належний рівень функціонування системи громадського здоров'я та надання якісних послуг у сфері громадського здоров'я як усередині, так і поза системою охорони здоров'я [28, 80].

Основні оперативні функції громадського здоров'я було згруповано у десятку.

Визначаючи епіднагляд та оцінювання стану здоров'я і благополуччя населення першою оперативною функцією громадського здоров'я, документ зазначає, що для здійснення адекватної оцінки проблем громадського здоров'я і розробки національних стратегій охорони здоров'я, країнам необхідно мати системи збору даних, епіднагляду та моніторингу тенденцій щодо показників здоров'я, поведінкових аспектів здоров'я, рівнів смертності, травматизму і насильства, а також частоти випадків і

поширеності інфекційних і неінфекційних хвороб, включаючи розлади психічного здоров'я [80].

На сьогодні в Україні йде динамічна трансформація як епідагляду в цілому, так і моніторингу захворюваності і поширеності хвороб. Було б невірно говорити про побудову системи моніторингу захворюваності і поширеності хвороб, адже вона існувала в країні десятки років, однак була тісно імplementована в структуру санітарно-епідеміологічного нагляду, Державної санітарно-епідеміологічної служби України (ДСЕС) і одним з основних інструментів моніторингу були заходи державного нагляду (контролю) – планові та позапланові перевірки.

Зокрема, в Україні забезпечувався збір даних про інфекційні захворювання за 67 нозологічними формами. Звісно, такий імперативний підхід мав як свої плюси, так і мінуси, однак ліквідація ДСЕС та зміна ціннісних орієнтирів в державі, проєвропейська орієнтованість поставили нагальну вимогу щодо невідкладних змін з цього питання. Пандемія коронавірусної хвороби COVID-19 тільки загострила проблему.

На жаль, на сьогодні в країні відсутня єдина система моніторингу захворюваності і поширеності хвороб. Потенційно корисна інформація з різних частин системи громадського здоров'я та охорони здоров'я в цілому не є загальнодоступною. Значний обсяг інформації відсутній внаслідок недостатнього дотримання процедур звітності, зокрема, приватними медичними закладами. Окрім того, фінансові стримуючі фактори перешкоджають збору даних [92, 93].

Позитивним моментом є, що за останній рік (друга половина 2020 – перша половина 2021 року), Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ України) цілеспрямовано працює над стратегічними проблемами, пов'язаними із побудовою в Україні якісного епідагляду, моніторингу інфекційної захворюваності та системи громадського здоров'я в цілому, однак дещо повільніше відбуваються зміни в частині моніторингу неінфекційних хвороб.

МОЗ України власне забезпечує формування державної політики з даних питань. Це чітко відображено у статті 35 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», що має назву «Облік та реєстрація інфекційних хвороб»: «Облік інфекційних хвороб базується на системі обов'язкової реєстрації кожного їх випадку незалежно від місця і обставин виявлення та оперативного (екстреного) повідомлення про нього закладів охорони здоров'я визначених, центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я для здійснення протиепідемічних заходів.

Заклади та установи охорони здоров'я незалежно від форм власності, суб'єкти підприємницької діяльності, що займаються медичною практикою, ведуть реєстрацію та облік інфекційних хвороб і подають відповідні статистичні звіти. Перелік інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації, порядок ведення їх обліку та звітності встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.» [16].

Надзвичайно важливим моментом трансформації моніторингу інфекційної став наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30.07.2020 № 1726 «Про затвердження Порядку ведення обліку, звітності та епідеміологічного нагляду (спостереження) за інфекційними хворобами та Переліку інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації», який 15.01.2021р. набув чинності [32].

Згідно з наказом, основними завданнями епідеміологічного нагляду (спостереження) є:

- моніторинг і оцінка епідемічної ситуації, прогнозування розвитку епідемічного процесу, моніторинг і оцінка профілактичних та протиепідемічних програмних заходів із метою їх раціонального коректування;
- визначення груп ризику та потреби в цільових профілактичних заходах;

- оцінка тягаря інфекційних хвороб у структурі загальної захворюваності та смертності населення та на систему охорони здоров'я.

Облік, звітування та епідеміологічний нагляд (спостереження) здійснюється для:

- вивчення, оцінки і прогнозу санітарно-епідемічної ситуації;
- виявлення причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення та впливом на нього факторів середовища життєдіяльності;
- розробки науково обґрунтованих рекомендацій для прийняття ефективних управлінських рішень у сфері громадського здоров'я.

Зокрема, у наказі визначено, що епідеміологічний нагляд (спостереження) та облік має охоплювати:

- Перелік інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації;
- Перелік біологічних патогенних агентів.

Документ визначає, як надавачі первинної медичної допомоги, підрозділи екстреної медицини, медичні працівники закладів освіти, соціального захисту, оздоровчих закладів беруть участь у проведенні епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб та в розслідуванні спалахів.

А надавачі вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги — беруть участь у проведенні епідеміологічних обстежень випадків інфекційних хвороб та в розслідуванні спалахів за пропозиціями наданими закладами громадського здоров'я.

Даний наказ також закріплює дефініції «моніторинг» визначаючи його як «спостереження за здійсненням епідеміологічного нагляду (спостереження), яке відбувається шляхом збору й аналізу інформації через певні проміжки часу, відповідно до попередньо визначених індикаторів» та «облік та реєстрація інфекційних хвороб» — «фіксація кожного випадку інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації, шляхом внесення в електронну систему охорони здоров'я даних відповідно до чинного законодавства» [32, 21].

Дуже важливо, що зазначений наказ регламентує роботу усіх закладів охорони здоров'я, закладів громадського здоров'я, фізичних осіб-підприємців, що провадять господарську діяльність із медичної практики або інших закладів та установ, які в ході виконання своєї діяльності отримують інформацію про стан здоров'я, благополуччя населення й показники середовища життєдіяльності, тобто максимально повно та чітко формує систему моніторингу [21, 32].

Поряд з МОЗ України, одне з чільних місць у процесі моніторингу захворюваності і поширеності хвороб та реєстрації інфекційних і неінфекційних захворювань чинне законодавство відводить державній установі «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» [67].

Важливим є те, що саме на ЦГЗ України вищезазначеним Порядком ведення обліку, звітності та епідеміологічного нагляду (спостереження) за інфекційними хворобами покладено:

координацію та організаційно-методичне керівництво мережею епідеміологічного нагляду (спостереження) з питань обліку, реєстрації інфекційних хвороб та епідеміологічного нагляду (спостереження) за інфекційними хворобами;

проведення та/або участь у проведенні епідеміологічних розслідувань спалахів (епідемій) інфекційних хвороб, з метою встановлення причин їх виникнення, факторів передачі інфекції, визначення меж осередків інфекційних хвороб та масштабів поширення епідемії чи спалаху, вжиття заходів щодо їх локалізації та ліквідації;

облік, реєстрацію, епідеміологічний нагляд (спостереження) та моніторинг за інфекційними хворобами, дослідження стану популяційного імунітету населення до інфекційних хвороб, що керуються засобами імунопрофілактики;

розробку та впровадження національних програм епідеміологічного нагляду з метою мінімізації наслідків епідемічного поширення інфекційних

хвороб, реєстрації та нотифікації інфекційних хвороб відповідно до Переліку інфекційних хвороб;

проведення регулярної оцінки систем епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами [32].

Так, у 2021 році ЦГЗ України розпочав активну діяльність з розробки національного законодавства щодо впровадження системи моніторингу синдромних захворювань в рамках проєкту «Надання підтримки Центру громадського здоров'я МОЗ України для зміцнення та розбудови спроможності системи охорони здоров'я для здійснення кращого моніторингу, епідеміологічного нагляду, реагування на спалахи захворювання та їхньої профілактики» [53, 67].

Важливе значення під час пандемії на сьогодні має моніторинг та реєстрація захворюваності на COVID-19. У квітні 2020 року відбулося впровадження електронної інтегрованої системи спостереження за захворюваннями (ЕЛІССЗ), як основного інструменту для збору та аналізу даних захворювання COVID-19 на регіональному рівні у всіх 25 областях України. ЕЛІССЗ була вперше представлена в Україні в 2011 році, розпочалось впровадження у 2017р., але воно відбувалось дуже повільно [4].

Пандемія COVID-19 значно пришвидшила весь процес.

Через 6 місяців успішної експлуатації системи на регіональному рівні, було відкрито доступ до ЕЛІССЗ фахівцям закладів громадського здоров'я районного рівня.

Загалом, станом на перше півріччя 2021 року, до системи було підключено понад 230 закладів охорони здоров'я та більш ніж 750 користувачів. Станом на квітень 2021 року в систему було внесено понад 2.3 млн. випадків COVID-19.

Зокрема, це інформація про дослідження випадку;

клінічні дані (діагноз, початкова класифікація, інформація про первинне звернення за медичною допомогою, дані про час і місце госпіталізації особи);

зібрані зразки (тип зразка, дата і місце відбору, куди надіслано);

перелік контактних осіб (ПІБ, демографічні та контактні дані);

класифікація випадку (наявність симптомів при зверненні, супутні стани, перебування у відділенні інтенсивної терапії, перебування на апараті штучної вентиляції легень, киснева терапія);

епідеміологічні зв'язки і фактори ризику (для медичних працівників – назва місця роботи, відділення, посада, подорож за кордон – дата, країна, контакт із підтвердженим випадком);

заключна класифікація та результат захворювання – одужання, смерть (дата).

Для оптимізації роботи ЕЛІССЗ було реалізовано інформаційний обмін з Електронною системою охорони здоров'я щодо цифровізації Екстреного сповіщення щодо випадку інфекційного захворювання за Формою 0/58о.

Наразі такий обмін реалізовано для випадків COVID-19 і проводяться роботи щодо реалізації такої можливості для всіх інфекційних хвороб.

Нормативна регламентація моніторингу і реєстрації COVID-19 Стандартами медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», звісно змінювалась та доповнювалась впродовж останнього року, і на сьогодні вона така.

Медичний працівник, який виявив особу, що відповідає визначенню випадку COVID-19:

1) за умови наявності відповідної технічної можливості:

у строк, визначений Порядком ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 587, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 року за № 236/34519 (далі - Порядок), (а це в день

звернення пацієнта, або на наступний день) вносить по випадку COVID-19 відповідні медичні записи до Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів електронної системи охорони здоров'я (далі - Реєстр) згідно з Порядком та здійснює інформування керівництва закладу охорони здоров'я для організації подальшого клінічного спостереження, своєчасної медичної допомоги та протиепідемічних заходів індивідуального рівня і на рівні громади;

реєстрація випадків у формі первинної облікової документації № 060/о «Журнал обліку інфекційних захворювань» та заповнення форми первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року № 1, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 08 червня 2006 року за № 686/12560 (далі - ф. № 060/о та ф. № 058/о), у такому разі не здійснюється, а інформація в оперативному порядку телефоном не передається;

2) за умови відсутності відповідної технічної можливості:

реєструє випадок у ф. № 060/о і заповнює ф. № 058/о та здійснює інформування керівництва закладу охорони здоров'я для організації подальшого клінічного спостереження, своєчасної медичної допомоги та протиепідемічних заходів індивідуального рівня і на рівні громади;

у строк до 12-ти годин з моменту встановлення випадку COVID-19 за ф. № 058/о інформує лабораторний центр МОЗ України за адміністративно-територіальною належністю;

3) у разі звернення особи, яка відповідає визначенню випадку COVID-19 з ознаками інших ГРВІ, з ознаками пневмонії до закладів охорони здоров'я проводиться відбір зразків матеріалів та забезпечується транспортування з відповідним направленням відібраних зразків у лабораторний центр МОЗ України за адміністративно-територіальною належністю;

4) у разі проходження особою з власної ініціативи тестування на SARS-CoV-2 методом ПЛР та при отриманні позитивного результату дослідження:

за умови наявності відповідної технічної можливості лабораторією вносяться відповідні медичні записи до Реєстру, а інформація про внесення має бути передана в робочому порядку до надавача первинної медичної допомоги, в якого обслуговується особа;

за умови відсутності відповідної технічної можливості результати дослідження мають бути передані лабораторією до надавача первинної медичної допомоги, в якого обслуговується особа, для подальшого внесення відповідних медичних записів до Реєстру (за умови наявності відповідної технічної можливості) або реєстрації випадку у ф. № 060/о та направлення ф. № 058/о до ЦКПХ МОЗ за адміністративно-територіальною належністю (за умови відсутності відповідної технічної можливості), клінічного спостереження, своєчасної медичної допомоги та запровадження протиепідемічних заходів.

Технічна можливість виникає з часу укладення закладом охорони здоров'я чи фізичною особою - підприємцем, яка отримала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, відповідного договору з оператором електронної медичної інформаційної системи, в якій наявні відповідні функціональні можливості, передбачені технічними вимогами, затвердженими НСЗУ, інформація про що оприлюднена на вебсайті електронної системи охорони здоров'я.

Варто зазначити, що активний епідеміологічний пошук випадків здійснюється шляхом лабораторного тестування на SARS-CoV-2 серед осіб, які відповідають критеріям підозрілого випадку, або в рамках диференціальної діагностики у пацієнтів з вірусною пневмонією та/або ТГРС та/або інших ГРВІ. Надавачами первинної медичної допомоги здійснюється моніторинг осіб, які мали контакт з хворими на COVID-19. Моніторинг та спостереження за контактними особами встановлюється на період 14 днів від останнього контакту із підтвердженим або ймовірним

випадком; контактні особи підлягають самоізоляції на 14 днів від останнього контакту із підтвердженим або ймовірним випадком та завершують самоізоляцію без додаткових лабораторних досліджень [30, 87].

Як вже було зазначено вище, стан справ із епідемією та моніторингом неінфекційних захворювань, є суттєво гіршим в порівнянні із моніторингом інфекційних. Згідно даних ЦГЗ в Україні неінфекційні захворювання є причиною більш ніж 80% втрачених років потенційного життя через передчасну смертність та інвалідність, а також близько 90% всіх смертей з високим рівнем передчасної смертності, особливо від серцево-судинних захворювань.

Зокрема, в країні на частку хвороб системи кровообігу припадає 67,3%, злоякісних новоутворень – 13,1%, хвороб шлунково-кишкового тракту – 4% і хвороб дихальної системи – 4% [63, 87].

При цьому Україна все ще не має загальнонаціональних репрезентативних даних про основні фактори ризику неінфекційних захворювань, що є перешкодою для прийняття науково обґрунтованих рішень з метою покращення ситуації.

Ситуація почала змінюватись після підписання Україною на Європейській міністерській конференції ВООЗ з профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями в контексті положень політики Здоров'я-2020 у м. Ашхабад, Туркменістан 4 грудня 2013р., Ашхабадської декларації з профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями в контексті положень політики Здоров'я-2020, де було зазначено, що зміцнення здоров'я та профілактика неінфекційних захворювань надзвичайно важливі для забезпечення стійкості систем охорони здоров'я в довгостроковій перспективі і створення можливостей для ведення людьми продуктивного життя, що дозволяє вирішувати економічні та соціальні завдання [79].

Відповідно, країни, що підписали декларацію, зобов'язувалися зміцнювати національні інформаційні системи, які дозволять поліпшити моніторинг результатів і наслідків неінфекційних захворювань, їх чинників

ризика, що лежать в основі соціальних детермінант, а також пріоритетних втручань в цій області, спираючись на індикатори Комплексної глобальної системи моніторингу в області неінфекційних захворювань і індикатори політики Здоров'я-2020 [79].

Наступним важливим кроком стало затвердження Кабінетом Міністрів України розпорядженням від 26 липня 2018р. № 530-р Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку.

Зазначений план передбачає наступні кроки:

- Формування та вдосконалення існуючих баз даних щодо захворювань, забезпечення інформаційного та наукового супроводження неінфекційних хвороб зокрема шляхом: 1) оптимізації існуючих, створення нових та постійного оновлення інтегрованих комплексних баз даних (реєстрів) щодо ключових показників неінфекційних захворювань (первинна захворюваність, поширеність, смертність), поширеності факторів ризику; 2) забезпечення перегляду нозологій, які реєструються в рамках відомчої статистичної звітності МОЗ і будуть включені до єдиної інформаційно-аналітичної системи медичної інформації; визначення персональної відповідальності за достовірність даних, що подаються до статистичних звітів; проведення регулярного моніторингу та здійснення контролю за якістю вхідних даних статистичної звітності.
- Проведення моніторингу споживання тютюнових виробів (проведення досліджень щодо поширеності споживання тютюнових виробів серед різних вікових груп населення; проведення оцінки впливу вторинного тютюнового диму (пасивного куріння) на робочих місцях; забезпечення визначення рівня захворюваності, смертності та інвалідності, зумовлених хворобами, спричиненими впливом тютюнових виробів).
- Проведення моніторингу споживання алкоголю та слабоалкогольних напоїв (проведення досліджень щодо кількості споживання алкоголю на душу населення та частки населення, яка взагалі не вживає алкоголь; проведення

досліджень щодо споживання алкогольних і слабоалкогольних напоїв різними групами населення (особами, які не досягли 18 років, вагітними жінками і жінками, які годують груддю)).

- Проведення моніторингу стану харчування населення (проведення репрезентативних досліджень стану фактичного харчування населення залежно від віку і статі, а також оцінки залежності якості харчування від рівня освіти, доходів, місця проживання та професії; забезпечення проведення досліджень щодо поширеності дитячого ожиріння; проведення досліджень щодо поширеності метаболічних факторів ризику неінфекційних захворювань (підвищеного рівня холестерину, глюкози тощо); проведення досліджень щодо виконання рекомендацій ВООЗ стосовно грудного вигодовування немовлят).
- Проведення оцінки рівня фізичної активності населення (проведення оцінки рівня фізичної активності різних груп населення; забезпечення проведення моніторингу наявності та оцінки якості об'єктів для занять фізичною культурою і спортом у міській та сільській місцевості).
- Проведення моніторингу безпеки дорожнього (забезпечення створення національної системи нагляду за дорожнім рухом, реєстрації дорожньо-транспортних пригод, загиблих в них і тих, хто отримав ушкодження; забезпечення організації регулярного збору об'єктивних і достовірних даних щодо ключових порушень безпеки дорожнього руху (перевищення швидкості, невикористання/неналежне використання ременів безпеки, дитячих крісел, шоломів, вплив факторів, що відволікають від керування транспортом); забезпечення перегляду індикаторів моніторингу порушень безпеки дорожнього руху на національному та регіональному рівні для проведення поточної оцінки стану безпеки на дорогах).
- Проведення моніторингу несприятливих факторів навколишнього природного середовища (забезпечення створення системи нагляду за наслідками впливу забруднення повітря та інших несприятливих факторів навколишнього природного середовища в приміщеннях та поза ними;

проведення моніторингу ефективності заходів із зменшення шкідливого впливу наслідків небезпечних атмосферних поллютантів).

- Проведення моніторингу дотримання безпечного способу життя і умов навчання дітей (проведення моніторингу способу життя дітей (фізична активність, час, проведений перед екраном телебачення і монітором персонального комп'ютера, тривалість сну, перебування на відкритому повітрі, шкідливі звички тощо); моніторинг за безпечним навчальним навантаженням дітей; моніторинг умов та організації навчання дітей у закладах освіти) [73, 87].

Саме тому, в Україні вперше у 2019 році, було організовано національне репрезентативне дослідження STEPS, яке надало об'єктивну інформацію про поширення факторів ризику неінфекційних захворювань. Дослідження STEPS організувало Міністерство охорони здоров'я України і Всесвітня організація охорони здоров'я в рамках спільного проекту МОЗ України та Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей». Дослідження здійснювали Центр громадського здоров'я МОЗ України та Громадська організація «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка». Відбувалось воно у всіх областях України. Вибірка дослідження включила доросле населення України (міське і сільське) із загальною кількістю потенційних учасників 7 700 осіб. Дані збирались із червня 2019 р., а перші результати були готові вже у грудні 2019 р.

Окрім стандартного блоку, згідно з методикою STEPS, МОЗ України вирішило інтегрувати у дослідження додаткові теми, пов'язані з громадським здоров'ям:

- 1) психічне здоров'я (депресія та самогубство);
- 2) насильство і травми;
- 3) рак шийки матки (скринінг та подальший контроль).

Дані дослідження дозволяють здійснювати моніторинг Цілей сталого розвитку, пов'язаних зі здоров'ям, а також національних, регіональних і

глобальних планів дій та зобов'язань стосовно профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями та їх факторами ризику [87, 102].

Вже зараз можна стверджувати, що наявність достовірних даних про розподіл головних ризиків неінфекційних захворювань на рівні населення країни сприяє розробці релевантних політик для впровадження ефективних інтервенцій з метою профілактики та контролю поширення неінфекційних захворювань в Україні [28].

Підсумовуючи нормативне регламентування першої і основної ОФГЗ, необхідно зазначити, що важливим етапом у структурі моніторингу, як інфекційних, так і неінфекційних захворювань є власне звітність про його результати. Можна сказати, що звітність про захворюваність і поширеність хвороб та стан здоров'я - це мистецтво подання результатів моніторингу цільовій аудиторії. Охоплення звітності буває як комплексним, так і стосується окремої тематики. Також цільові аудиторії варіюють від Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, голів облдержадміністрацій та інш. себто органів та осіб, які приймають певні рішення в сфері громадського здоров'я, до широких верств суспільства. Однак ці дані самі по собі не мають сенсу, якщо вони не супроводжуються контекстною інформацією, зокрема базовими визначеннями і розрахунками.

Як власне українські реалії, так і зарубіжний досвід, переконливо демонструють, що результати моніторингу вимагають якісного представлення, аналізу та інтерпретації даних, а також комплексного підходу у складанні звітності, що передбачає подання інформації в перспективному стратегічному ракурсі, включаючи тимчасові тенденції і соціальний контекст. Окрім того, важливим є мультисекторальний підхід, а саме об'єднання інформації з різних областей (безпосередньо громадського здоров'я, організації надання медичної допомоги, медичних клінічних досліджень, соціології тощо).

В Україні звіти про стан здоров'я традиційно випускаються в друкованих формах, таких як доповіді, брошури і довідки. Важливе місце у

цьому процесі займає ЦГЗ України, зокрема на нього покладено функцію прогнозування епідемічної ситуації в країні, підготовку аналітичних інформаційних листів (бюлетенів) про динаміку інфекційних хвороб, циркуляцію та мінливість збудників та якість діагностики [32].

Активний розвиток мережі Інтернет та соціальних мереж і широкий доступ до них в країні призвів до підвищення доступності інформації і можливості надання інформації динамічним і інтерактивним способом. Варто зазначити, що за даними компанії GlobalLogic, на початку 2020 року в Україні було 19 млн користувачів соцмереж, а у 2021 році цифра досягла 26 млн. Кількість українських інтернет-користувачів, також зросла на 2 млн, що на 33% більше, ніж у 2019 році, і на початку 2021-го становила майже 30 млн, тобто приблизно 67% населення країни [12].

Саме тому, широта охоплення, орієнтація на чіткі часові періоди і комплексний підхід є важливими елементами в забезпеченні ефективності звітності про результати моніторингу. Іншими важливими умовами ефективною звітності про захворюваність і поширеність хвороб є концептуальний, проспективний підхід і високоякісні дані, адже від цього залежить здатність приймати обґрунтовані стратегічні рішення у сфері громадського здоров'я.

Решта оперативних функцій не так повно регламентовані чинним законодавством, але в цьому напрямку ведеться значна робота.

Отже, незважаючи на те, що актуальні проблеми становлення, розвитку і трансформації системи громадського здоров'я вивчалися та обговорювалися у наукових працях українськими дослідниками, зокрема такими як Андрейчин М.А., Сатурська Г.С., Слободян Н.О., Ціборовський О.М., Істомін С.В., Сорока В.М., Кульгінський Є., Москаленко В.Ф., Слабкий Г., Зайцев В.В., Рублевська Н.І., Ждан В.М., Голованова І.А., Краснова О.І., Грузева Т.С., Гречишкіна Н.В., Литвинова Н.О., Кравченко С.В., Рингач Н.О. та ін. [64, 70, 74], дана проблематика потребує подальших наукових досліджень і є актуальною для вивчення у даній науковій роботі.

2.3. Аналіз проєкту Закону «Про систему громадського здоров'я» як майбутнього центрального нормативно-правового акту системи громадського здоров'я в Україні

Проєкт закону «Про систему громадського здоров'я» 04.02.2021р. було прийнято у першому читанні із врахуванням пропозицій Комітету з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування.

Як зазначено в преамбулі проєкту закону, цей закон визначатиме правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні з метою зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя, регулює суспільні відносини у сфері громадського здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя, визначає відповідні права і обов'язки державних органів та органів місцевого самоврядування, юридичних і фізичних осіб у цій сфері, встановлює правові та організаційні засади здійснення державного нагляду (контролю) у сферах господарської діяльності, які можуть становити ризик для санітарно-епідемічного благополуччя [50].

Проєкт цього закону визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні, і зокрема серед іншого:

- вводить на законодавчому рівні поняття «громадське здоров'я» як сферу знань та організовану діяльність суб'єктів у системі громадського здоров'я щодо зміцнення здоров'я, запобігання хворобам та збільшення тривалості життя;
- визначає суб'єктів правовідносин у системі громадського здоров'я;
- визначає оперативні функції громадського здоров'я, тобто основні напрямки діяльності, які здійснюються в державі для забезпечення максимально високих показників здоров'я і благополуччя населення, а

також найбільш повного дотримання принципу справедливості щодо здоров'я;

- визначає основні засади здійснення оперативної функції епідеміологічного нагляду, у тому числі формування інформаційного фонду громадського здоров'я як державного інформаційного ресурсу, що містить дані про стан здоров'я, благополуччя населення і показники середовища життєдіяльності;

- визначає основні засади здійснення оперативної функції моніторингу, готовності і реагування на небезпечні чинники та надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, у тому числі положення щодо виконання Міжнародних медико-санітарних правил та своєчасність реагування з метою локалізації та ліквідації таких загроз та інш [50].

Законопроект №4142 викликав широку дискусію у суспільстві. Так, Асоціація міст України (далі – Асоціація) вважає, що він потребує доопрацювання. У своїй заяві з приводу законопроекту, Асоціація зазначила, що через пандемію COVID-19 у 2020 році Парламент оперативно вносив зміни до Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», передбачивши, що Кабінет Міністрів України розробляє та затверджує:

- перелік товарів протиепідемічного призначення, які необхідні для запобігання поширенню епідемій, пандемій, у тому числі поширенню коронавірусної хвороби (COVID-2019);
- перелік товарів, що мають істотну соціальну значущість [1].

На жаль, із законопроекту №4142 виключено ці повноваження Уряду, важливі для оперативної закупівлі ліків, масок, медичного обладнання тощо. Також, Асоціація вказала, що до цього законопроекту доцільно включити повноваження Уряду щодо фінансування та матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, підприємств, установ та організацій, залучених до проведення заходів і робіт, пов'язаних з ліквідацією епідемій, оскільки запобігання поширенню небезпечним інфекційних хворобам є питанням національної безпеки, тому важливим є

належне та своєчасне фінансування заходів, спрямованих на ліквідацію епідемій. Зокрема, це стосується питання функціонування тимчасових шпиталів, забезпечення вакцинами на державному рівні тощо. Було категорично вказано, що не можна ставити фінансування протиепідемічних заходів в залежність від спроможності громад. Це підтвердила пандемія COVID-19 [1].

Ще однією зміною, передбаченою законопроектом №4142, пропонується втручання регіональних координаційних рад з питань громадського здоров'я у самостійність місцевих бюджетів. АМУ наголошує, що складання, розгляд та затвердження місцевих бюджетів, зокрема у частині затвердження та фінансування програм громадського здоров'я, повністю врегульовано бюджетним законодавством. АМУ надіслала парламентському Комітету з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування пропозиції до законопроекту №4142 для врахування при підготовці до другого читання [1].

РОЗДІЛ 2

СТАНОВЛЕННЯ І РОЗВИТОК ОБЛАСНИХ ЦЕНТРІВ КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ЯК КЛЮЧОВИХ СУБ'ЄКТІВ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ.

ПЛАНУВАННЯ РОЗВИТКУ ОБЛАСНИХ ЦЕНТРІВ КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА ПРИКЛАДІ ДЕРЖАВНОЇ УСТАНОВИ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

У 2021 р. МОЗ України наказами МОЗ України від 02.06.2021 №1103 «Про деякі питання організації діяльності державних установ – лабораторних центрів МОЗ України» та від 07.06.2021 №1123 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 02 червня 2021 року №1103», відповідно до якого лабораторні центри МОЗ перейменовані в центри контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ) і затверджені статuti 24 ЦКПХ.

[31, 21]. Лише Державна установа «Житомирський обласний лабораторний центр міністерства охорони здоров'я України» продовжує функціонувати в попередньому форматі, враховуючи побажання регіональної влади та громад області.

Пунктом 2 наказу №1103 на ЦКПХ було покладено функції у сферах забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, захисту населення від інфекційних хвороб, попередження та профілактики неінфекційних захворювань, біологічної безпеки та біологічного захисту, епідеміологічного нагляду (спостереження), імунопрофілактики, промоції здорового способу життя та запобігання факторам ризику, боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів, реагування на небезпеки для здоров'я та надзвичайні стани в сфері охорони здоров'я. [31].

Відповідно до вищезазначених наказів та постанов КМУ від 9 лютого 2022 р. № 103 «Про внесення змін до Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для виконання програми «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» та від 17 лютого 2021 р. № 106 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1121» з 1 липня 2021 року в практично усіх областях України розпочали роботу новостворені Центри контролю та профілактики хвороб. Варто зазначити, що їхній запуск розпочав черговий етап трансформації системи громадського здоров'я України.

Постанова КМУ від 9 лютого 2022 р. № 103 «Про внесення змін до Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для виконання програми «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» чітко визначала, що головним розпорядником бюджетних коштів та відповідальним виконавцем у державному бюджеті для виконання програми «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» (далі - бюджетні кошти) є МОЗ.

Розпорядниками бюджетних коштів нижчого рівня за напрямками використання бюджетних коштів, зазначеними у підпунктах 1, 2 та 7 пункту

З цього Порядку, було визначено центри контролю та профілактики хвороб, що належать до сфери управління МОЗ, лабораторні центри, що належать до сфери управління МОЗ, державна установа «Український науково-дослідний протичумний інститут імені І.І. Мечнікова Міністерства охорони здоров'я України» та державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». Це:

- здійснення лабораторних, інструментальних досліджень і випробувань для потреб державного епідемічного нагляду (спостереження) та діагностичних досліджень, проведення державного соціально-гігієнічного моніторингу;

- здійснення заходів щодо боротьби з епідеміями;

- закупівля лабораторного обладнання, необхідного для проведення мікробіологічних, хімічних та фізичних досліджень [46].

Розпорядником бюджетних коштів нижчого рівня за напрямками використання бюджетних коштів, зазначеними у підпунктах 4 і 5 пункту 3 цього Порядку, була визначена державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». Це:

- закупівля послуг із забезпечення громадського здоров'я, а саме:

- закупівля послуг з догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, до яких належать послуги із: залучення партнерів людей, які живуть з ВІЛ, до надання послуг з медичного обслуговування населення, пов'язаних з ВІЛ; формування прихильності до лікування ВІЛ та утримання під медичним наглядом; залучення людей, які вживають наркотичні засоби ін'єкційним способом, до отримання медичної допомоги у зв'язку з ВІЛ. Отримувачами послуг з догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ є люди, які живуть з ВІЛ та отримують антиретровірусну терапію або готуються до початку її проведення, та їх статеві партнери, яким невідомо про їх ВІЛ-статус;

- закупівля послуг з профілактики ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, до яких належать послуги з надання цільових інформаційних, освітніх та комунікаційних послуг у

частині запобігання інфікуванню ВІЛ та зменшення шкоди, розповсюдження презервативів та лубрикантів, обміну та видачі шприців, тестування на ВІЛ, проведення скринінгу на туберкульоз. Отримувачами зазначених послуг з профілактики ВІЛ є чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, особи, які надають сексуальні послуги за винагороду, люди, які вживають наркотичні засоби ін'єкційним способом;

закупівля послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом, до яких належать послуги із формування та підтримки прихильності до лікування, утримання під медичним наглядом та мінімізації ризиків втрати для подальшого спостереження. Отримувачами зазначених послуг є пацієнти із чутливим та мультирезистентним туберкульозом, що відносяться до груп підвищеного ризику втрати для подальшого спостереження через індивідуальні, системні або суспільні бар'єри у доступі до медичної допомоги;

- виплата регіональними закладами охорони здоров'я, які здійснюють медичне спостереження за людьми, які живуть з ВІЛ, щомісячної державної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям і дітям, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ [46].

Отже, без сумніву, можна зазначити, що даний етап процесу розбудови системи громадського здоров'я України насамперед спрямований на формування вертикалі епідемічного контролю на рівні областей.

Ігор Кузін, заступник міністра охорони здоров'я, головний державний санітарний лікар України так зазначив необхідність цього процесу: «Пандемія COVID-19 стала викликом для систем епідемічного контролю та громадського здоров'я всього світу. В Україні ж вона виявила значущі прогалини у швидкій координації та оперативному реагуванні. Та і взагалі вся наявна система, яка не мала значних оновлень за 30 років Незалежності, виявилася непідготовлена до ефективного реагування на новий гострий респіраторний вірус SARS-CoV-2» [14].

Півторарічний, на той момент, досвід запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, наочно продемонстрував необхідність в перегляді функцій та взаємодій у сфері епідеміологічного нагляду та контролю. Перш за все, мова йшла про перехід від децентралізованої системи до чітко керованої структури. Саме тому, обласні центри контролю та профілактики хвороб підпорядковуються МОЗ через головного державного санітарного лікаря. Це дало змогу забезпечити швидке реагування на виклики пандемії гострої респіраторної хвороби COVID-19, а також злагоджений і якісно новий рівень реагування на інші виклики у сфері громадського здоров'я, в тому числі і війну.

Базою для новостворених ЦКПХ стали ОЛЦ МОЗ України. Частину спеціалістів регіональних Центрів громадського здоров'я було переведено до ЦКПХ, щоби посилити потенціал у напрямках комунікації, профілактики й контролю неінфекційних захворювань, а також промоції вакцинації як рутинної, так і проти COVID-19. В деяких областях Центри громадського здоров'я було збережено. У Тернопільській області

Роман Родина, тодішній генеральний директор Центру громадського здоров'я так описав ці моменти: «Ці Центри будуть повністю відповідальні за власний регіон — від рутинного моніторингу показників, до прогнозування, виявлення надзвичайних ситуацій, спалахів та реагування на них. Їхня робота буде зав'язана на тісній взаємодії з усіма установами області, які працюють у сфері громадського здоров'я — управліннями департаментів охорони здоров'я ОДА, управліннями освіти, департаментами захисту довкілля й екології, управліннями ДСНС та ін. Центр громадського здоров'я, як головна експертна установа, буде забезпечувати організаційно-методичний супровід роботи й координацію діяльності мережі ЦКПХ у рамках епідеміологічного нагляду та реагування на небезпеки» [14].

Генеральні директори ЦКПХ чи виконувачі обов'язків генеральних директорів, у відповідності до розпоряджень Головного державного санітарного лікаря України, уповноважуються здійснювати повноваження головного державного санітарного лікаря певної області щодо епідеміологічного нагляду (спостереження), запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, локалізації та ліквідації їх спалахів та епідемій, крім заходів державного нагляду (контролю) та надання документів дозвільного характеру.

Згідно нової редакції Статутів значно посилюється потенціал та функціонал ЦКПХ (Статути установ містять 50 пунктів завдань), зміцнюється вертикаль, централізована підзвітність та, одночасно, спрямовується мережа на активну співпрацю з громадами і місцевим самоврядуванням.

Державна установа «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України», що діє на підставі Статуту, має на меті неухильне виконання статутних завдань та, як наслідок, сприяння покращенню якості життя мешканців Тернопільської області та реалізації їх конституційного права на санітарно-епідеміологічне благополуччя.

Цінності, на яких Тернопільського ОЦКПХ МОЗ ґрунтує свою роботу і подальший розвиток, це:

Командність – внесок кожного співробітника, від генерального директора до молодших медичних працівників в досягнення поставлених завдань з питань санітарного та епідемічного благополуччя, захисту населення від інфекційних хвороб, профілактики НІЗ та постійне удосконалення якості роботи.

Довіра – взаєморозуміння між генеральним директором і працівниками, працівниками між собою, Центром і громадами та мешканцями області. Сприяння жителям Тернопільщини, бізнесу, громадам в бажанні бути

інформованими учасниками в прийнятті рішень, що стосується питань громадського здоров'я та санітарно-епідеміологічного благополуччя.

Професіоналізм – безперервна самоосвіта кожного фахівця закладу, спрямованість знань, досвіду та можливості на вирішення проблем у сфері громадського здоров'я на постійній основі.

Визначення пріоритетів – послідовність виконання програм та здійснення заходів відповідно до потреб держави, громад та жителів Тернопільщини.

Ефективність – досягнення максимально можливих результатів за рахунок мінімально необхідних витрат, що особливо важливо у період пандемії COVID-19.

Підзвітність – регулярне звітування перед суспільством та територіальними громадами про результати роботи у доступній формі.

Дисципліна – вимогливість до себе та до партнерів.

Висока якість – прагнення якнайкраще виконати статутні завдання та надати найкращі можливі послуги у сфері громадського здоров'я, профілактики та контролю хвороб.

Розвиток та інновації – заохочення впровадження інноваційних технологій та методик у сфері громадського здоров'я, контролю та профілактики хвороб, адаптованих для жителів нашої області.

Тернопільський ОЦКПХ МОЗ є флагманом в області, як з питань профілактики хвороб, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, так і у проведенні цілого ряду лабораторних досліджень. Зокрема, в частині надання платних послуг абсолютна більшість осіб незмінно задоволені якістю обслуговування у ЦКПХ (Центр досягнув рівня 98% задоволення послугами за даними опитування). Це стало можливим значним чином через активну діяльність усіх працівників ЦКПХ. На сьогодні із Центром тісно співпрацює 100% громад Тернопільської області [76].

Високий рівень соціального капіталу, здобутий Центром під час пандемії гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої

коронавірусом SARS-CoV-2, один з найвищих, серед інших інституцій, рівень довіри серед населення дає підставу стверджувати на якісно новий рівень співпраці з усіма органами влади, місцевого самоврядування, бізнесом і громадянами [76].

ЦКПХ, у своїй роботі, діє, притримуючись позиції Європейського регіонального бюро ВООЗ: апелюючи до «совісті людей» у всьому, що стосується громадського здоров'я та профілактики хвороб, відстоюючи принцип здоров'я як основоположного права людини, виявляючи загрози та проблеми, і привертати до них увагу та сприяти вирішенню.

У відповідності до Резолюції EUR/RC61/R2 до «Європейського плану дій по зміцненню потенціалу та послуг охорони громадського здоров'я», ЦКПХ концентрується на 10 основних оперативних функціях охорони громадського здоров'я та всяко сприяє створенню на регіональному рівні такої підсистеми громадського здоров'я, у якій кожен керівник територіального органу виконавчої влади чи місцевого самоврядування буде враховувати наслідки своїх рішень для здоров'я населення і надавати пріоритет заходам, які допоможуть людям уникнути хвороб і травм [80].

Ключовими факторами успіху ЦКПХ є ефективне лідерство, самодисципліна, адекватні та стабільні ресурси та ефективне використання наявних ресурсів, спільне бачення та визнанні цінності, зобов'язання та підтримка зацікавлених сторін, ефективне спілкування, сталий партнерський зв'язок та партнерське співробітництво.

Таблиця 1

SWOT-аналіз

Сильні сторони	Слабкі сторони
<ul style="list-style-type: none"> - Мережа структурних підрозділів ЦКПХ максимально наближена до потреб мешканців області та окремих громад - Приватних компаній, що надавали б аналогічні послуги у представленому об'ємі в області 	<ul style="list-style-type: none"> - Значний відсоток працівників пенсійного та передпенсійного віку - Є потреба в придбанні дороговартісних приладів - Окремі приміщення ЦКПХ та районних структурних підрозділів потребують реконструкції

<p>немає. Конкурентоздатність установи підвищують вже наявні засоби вимірjuвальної техніки , випробувальне та допоміжне обладнання</p> <ul style="list-style-type: none"> - За останніх 2 роки напрацьована компетенція в написанні грантів та інвестиційних проєктів - Впродовж останніх 2-х років працівниками ЦКПХ набуті високі комунікативні навички з питань промоції здорового способу життя, імунопрофілактики, профілактики інфекційних та неінфекційних хвороб - Комфортний клімат в колективі, колегіальність - 100% покриття мережею Інтернет всіх структурних підрозділів ЦКПХ - 100% забезпечення працівників ЦКПХ комп'ютерною технікою 	<ul style="list-style-type: none"> - Районні структурні підрозділи потребують фахівців з певних напрямків роботи
<p>Зовнішні можливості</p>	<p>Зовнішні загрози</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Активна позиція і зацікавленість в розвитку ЦКПХ з боку місцевої влади та громад - Позитивне ставлення населення до роботи, порад та рекомендацій фахівців ЦКПХ 	<ul style="list-style-type: none"> - Молоді фахівці (лікарі, середній персонал) не бажають їхати працювати у віддалені від обласного центру населені пункти - В області є значний відсоток людей з антивакцинальними настроями - За останній рік зменшився відсоток дітей, охоплених рутинною вакцинацією. Наприклад, показник з охоплення другим щепленням БЦЖ у Тернопільській області – 5%. - Доволі високий рівень шкідливих звичок серед населення, зокрема тютюнопаління, вживання алкоголю - Тернопільська область є регіоном з

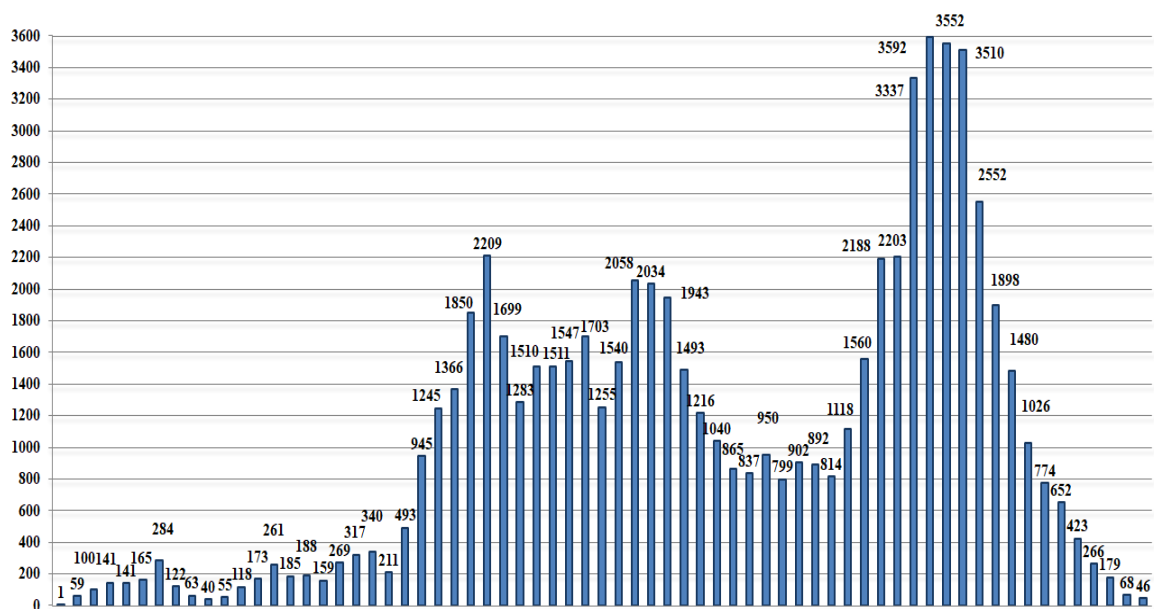
вираженим йододефіцитом

Пандемія наклала чіткий відбиток на роботу Центру, саме тому, найдоцільнішим варіантом реформування Центру були обрано не глобальні перетворення, а еволюційний підхід до розбудови з чіткою орієнтацією на реагування та вирішення найнагальніших викликів у сфері громадського здоров'я.

Саме тому, впродовж першого року своєї роботи як Центр контролю та профілактики хвороб, установа концентрувалася на наступних напрямках роботи:

1. Організація лабораторної складової та забезпечення ефективного епідеміологічного нагляду (спостереження) за поширенням на території області гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 на території області з метою своєчасного реагування та організації необхідного комплексу протиепідемічних заходів.

Щотижнева динаміка захворюваності на COVID -19 в Тернопільській області за період спостереження



1.1. Вдосконалення моніторингу та реєстрації захворюваності на COVID-19, розслідування усіх випадків захворювання коронавірусною хворобою COVID-19 та відстеження контактних осіб.

1.2. Покращення здійснення активного епідеміологічного пошуку випадків шляхом лабораторного тестування на SARS-CoV-2.

1.3. Поширення науково обґрунтованих даних про COVID-19 і заходи для забезпечення готовності та відповідних дій.

1.4. Проведення активної промоції вакцинації проти COVID-19 та протидія інформаційним антивакцинаторським фейкам.

1.5. Впровадження комплексного підходу до профілактики захворювання на COVID-19 та смерті від нього працівників галузі охорони здоров'я.

1.6. Організація та проведення профільних тренінгів, як для працівників безпосередньо Тернопільського ЦКПХ, так і медичних працівників інших ЗОЗ.



2. Посилення міжсекторальної взаємодії та координації. Було чітко розуміння, що для досягнення успіху у вирішенні проблем у сфері громадського здоров'я, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення необхідно забезпечити співпрацю між окремими

управліннями та відомствами, органами місцевого самоврядування і громадянським суспільством, оскільки тільки за допомогою використання мультисекторального підходу можливо впроваджувати комплексні заходи з зазначеної проблематики.

3. Розробка, координація та забезпечення виконання регіональних програм з громадського здоров'я по збереженню та зміцненню здоров'я населення.

4. Визначення пріоритетних проблем системи громадського здоров'я в Тернопільській області та шляхів їх вирішення.

5. Впродовж перших трьох місяців роботи ЦКПХ було проведено розрахунок, визначення та обґрунтування потреби в кадрах у розрізі спеціальностей.

6. Впродовж другого півріччя 2021 року було забезпечено функціонування внутрішньої системи безперервного підвищення професійної майстерності працівників Центру аж до оголошення воєнного стану.

7. Було заплановано і розпочалось щорічне стабільне збільшення надходження коштів до спеціального фонду на 15% в порівнянні з попереднім роком, з метою забезпечення належного виконання статутних завдань Центру, з одночасним врахуванням трудових прав працівників, в тому числі шляхом:

7.1. Розробки та впровадження цілком нових платних послуг для бізнесу, що ґрунтуються на статутних завданнях, а саме повного спектру консультацій з профілактики інфекційних хвороб, зокрема COVID-19:

7.1.1. Аудит суб'єкта господарювання:

оцінка інфекційних ризиків;

аудит наявної документації з інфекційного контролю;

оцінка знань персоналу з інфекційної безпеки;

оцінка дотримання правил гігієни різними категоріями персоналу).

Підготовка експертного висновку за результатами аудиту з рекомендаціями для управлінців.

7.1.2. Допомога у розробці програм з інфекційного контролю (менеджмент інфекційних ризиків; розробка адаптованого плану з інфекційного контролю; оцінка пріоритетів інфекційного контролю в залежності від спеціалізації закладу).

7.1.3. Гігієнічне навчання персоналу, що модернізовано з врахуванням потреб бізнесу (розробка програми та графіка навчання; проведення лекцій, семінарів та тренінгів; навчання на робочому місці; оцінка вихідного рівня знань персоналу).

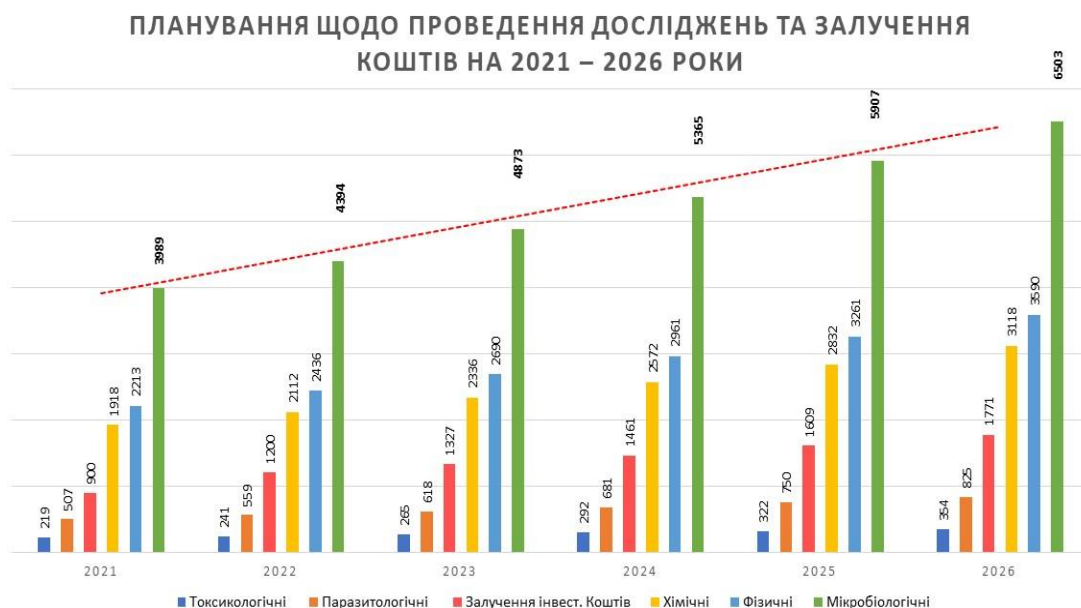
7.1.4. Експертиза проєктів будівництва:

участь у проєктуванні нових об'єктів;

участь у розробці проєктів реконструкції діючих об'єктів;

рекомендації по дотриманню нормативних вимог інфекційної безпеки;

участь у розробці проєктних рішень з питань інфекційної безпеки на всіх стадіях проєкту).



7.2. Здійснення моніторингу та маркетингу платних послуг Центру.

7.3. Створення системи клієнтського сервісу та його впровадження, навчання персоналу.

7.4. Модернізація роботи дезінфекційних підрозділів та розширення послуг в даному напрямі.

На жаль, реалізацію деяких напрямків роботи призупинено у зв'язку із війною, але окремі напрямки, навпаки, розвиваються з пришвидшеною динамікою (наприклад, щодо робіт з дезінфекції, дезінсекції та дератизації).

8. Поетапне покращення матеріально-технічної бази Центру.

9. Сприяння та організація проведення наукових досліджень на базі Центру та активне використання наукових здобутків в практичній діяльності.

10. Вдосконалення і приведення у відповідність до Статуту завдань і місця Центру у територіальних підсистемах цивільного захисту з напрацюванням чітких регламентів взаємодії. Війна продемонструвала готовність Центру і актуальність попередніх напрацювань.

10.1. Розробка методик та напрацювання системи заходів з метою забезпечення готовності підрозділів Центру до реагування на біологічні загрози.

10.2. Забезпечення швидкого реагування на акти біотероризму.

10.3. Створення мобільних протиепідемічних бригад.

11. Налагодження більш тісної співпраці із Центрами контролю та профілактики хвороб інших областей, особливо сусідніх, з метою розв'язання проблем у сфері громадського здоров'я, притаманних для нашого регіону [76].

Починаючи з червня 2021 року і до початку повномасштабної військової агресії Російської Федерації здійснювалтсь наступні заходи з виконання завдань установи, пропозиції з поліпшення економічних та фінансових показників установи, підвищення ефективності його діяльності, запобігання корупції.

1. Включення Центру та проблематики громадського здоров'я в усі регіональні та на рівні громад сфери планування та прийняття рішень.
2. Забезпечення виконання в умовах пандемії COVID-19 усіх статутних завдань Центру.

3. Розширення напрямків лабораторної діагностики, а також впровадження нових методик.
4. Визначення імунопрофілактики одним з основних пріоритетів у роботі ЦКПХ:
 - Реалізація в межах повноважень «Стратегії розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2022 року». Розробка та впровадження Стратегії розвитку імунопрофілактики інфекційних хвороб Тернопільської області та кампанії промоції вакцинації «Імунопрофілактика – загальна справа».
 - Розпочалось створення при ЦКПХ Школи промоції та адвокації імунопрофілактики для медичних працівників, особливо медичних сестер та братів, включаючи школи та ДНЗ, з метою отримання ними нових знань та формування у них комунікаційних навичок як провідників культури вакцинопрофілактики [25].
5. Розпочалась розробка і впровадження комплексних цільових програм «Здорове місто» (м. Тернопіль, м. Чортків, м. Кременець та м. Бережани) та «Здорова громада», що мають на меті сприяти організації здорового способу життя у містах та громадах області, зменшенню смертності, покращенню здоров'я матерів та дітей, формування у підлітків поведінкового патерну з дотримання здорового способу життя, збільшення «індексу щастя» громадян, управління всіма сферами міста/громади та цілими галузями крізь призму здоров'я [25].
6. Забезпечувалась імплементація в роботу Центру та всестороннє долучення установи до реалізації загальнонаціональної програми «Здорова Україна», яку ініціював Президент Володимир Зеленський. Потреба піклуватися про себе та своє здоров'я стала особливо відчутною під час пандемії коронавірусної хвороби. Громадяни відчули, що здоров'я є дуже великою цінністю, без якої неможливо рухатися вперед. Саме тому, програма «Здорова Україна», що мала на меті охопити всі вікові групи людей та була

адаптована як до великого міста, так і маленького села, та складається з трьох основних компонентів: - модель здорової школи; - медичні обстеження; - безкоштовні спортивні майданчики є основою, на яку орієнтуватиметься Центр під час розробки та проведення комунікаційних кампаній з промоції здорового способу життя, розробці програм у сфері громадського здоров'я. На жаль, війна перекреслила дане починання [25].

7. Планувалося утвердження Центру до червня 2022р. в якості основної інформаційно-роз'яснювальної та комунікативної інституції з питань громадського здоров'я та профілактики хвороб:

- Посилення роботи із засобами масової інформації, зокрема в частині боротьби із проявами дезінформації в контексті пандемії коронавірусної хвороби.
- Забезпечення Центром сучасного інструментарію, який базується на підтверджених достовірних даних, який громади, бізнес, громадські організації могли б використовувати для перетворення стратегій розвитку, що ґрунтувалися б на принципах досягнення здоров'я для всіх.
- Надання ОДА, райдержадміністраціям, органам місцевого самоврядування, громадам, суб'єктам господарювання, громадянам усієї необхідної інформації для:
 - А) упорядкування зон санітарної охорони джерел питного водопостачання, будівництва та реконструкція водозабірних споруд із застосуванням новітніх технологій та обладнання, упровадження станцій (установок) доочищення питної води у системах централізованого водопостачання, будівництва та реконструкції водопровідних та очисних споруд, водопровідних та каналізаційних мереж;
 - Б) обмеження викидів забруднювальних речовин в атмосферне повітря, будівництво газоочисних споруд, впровадження заходів зі скорочення викидів пилу та інших забруднюючих речовин, зменшення впливу автотранспорту на стан атмосферного повітря міст та населених пунктів області шляхом удосконалення схем руху, облаштування майданчиків для

паркування автомобілів, покращення якості палива, а також доріг, заміна застарілих твердопаливних котлів на сучасні котли-утилізатори для спалювання відходів лісопереробки та дров;

В) оптимізації системи поводження з ТВП.

- Створення та впровадження у громадах області інтегрованої інформаційної системи для закладів охорони здоров'я щодо факторів ризику виникнення неінфекційних захворювань у їх пацієнтів в залежності від місця проживання, роботи чи іншої діяльності.
- Формування ЦКПХ міжсекторального підходу в проведенні профілактичних заходів для усунення негативного впливу соціальних детермінант здоров'я, створення умов для збереження та зміцнення здоров'я населення області, відповідального ставлення кожної людини до особистого здоров'я.
- Забезпечення надання мережі первинної медичної допомоги необхідної інформації для організації та проведення інформаційних кампаній для населення щодо негативного впливу забруднення повітря та інших несприятливих факторів навколишнього природного середовища.
- Підвищення рівня обізнаності населення щодо наслідків для здоров'я контакту з азбестом, радоном та іншими небезпечними політантами (продуктами згоряння твердого палива в приміщеннях), а також щодо шляхів мінімізації негативного впливу на здоров'я населення та зниження рівня забруднення закритих приміщень, а також одночасно забезпечення належного лабораторного контролю за рівнем опромінення населення області радоном та продуктами його розпаду, з метою його зниження та мінімізації довгострокових ризиків від поширення радону в житлових та нежитлових будівлях, на робочих місцях, і, відповідно, зменшення ризиків виникнення онкологічних захворювань пов'язаних з опроміненням населення.
- підвищення рівня обізнаності населення щодо негативного впливу на здоров'я таких несприятливих факторів навколишнього природного

- середовища, як шум, вібрація, інсоляція, низька та висока температура повітря, надмірна вологість;
- упровадження сучасних навчальних та освітніх матеріалів в навчальний процес для дітей дошкільного та шкільного віку, студентів і слухачів післядипломної освіти з включенням до навчальних програм закладів освіти Тернопільської області тем щодо формування здорового способу життя, попередження розвитку неінфекційних захворювань;
 - розроблення та поширення навчальних матеріалів для різних груп населення (дітей, вагітних жінок і жінок, які годують груддю, осіб похилого віку, пацієнтів з неінфекційними захворюваннями) з інформацією здобутою внаслідок моніторингових заходів Центру [25].
8. Забезпечувалося налагодження ефективного механізму співпраці з усіма територіальними органами виконавчої влади (Держпродспоживслужби, Держпраці, Держекоінспекції тощо) з метою акумулювання і обміну інформацією про фактори, що впливають на стан здоров'я населення та створення на сайті Центру аналітичних дашбордів із даною інформацією.
 9. Здійснювалась координація роботи з налагодження в Тернопільській області системи повної та достовірної реєстрації інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги, налагодження моніторингових візитів із залученням мікробіологічної складової, відслідковування антибіотикорезистентності штамів мікроорганізмів у ЛПЗ та спрямованої на неухильне виконання вимог чинного законодавства з цих питань.
 10. Відбулось утвердження Центру як каталізатора змін у сфері громадського здоров'я, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення через: здійснення тісного співробітництва з громадами - ця робота може бути посилена шляхом створення динамічної «функції Центру» в кожній з громад для забезпечення взаємовигідного співробітництва між відповідною громадою і Центром.
 11. ЦКПХ зберіг у регіональній системі громадського здоров'я ту лідерську роль, яку він досяг за останні два роки, в загальнообласних зусиллях по

профілактиці окремих хвороб / боротьбі з ними, якщо вони являють собою серйозну загрозу для громадського здоров'я, як, наприклад, і в разі епідемій інфекційних захворювань, і в разі хвороб, пов'язані зі споживанням тютюну і тютюнових виробів; а також, стосовно координації діяльності щодо забезпечення готовності до надзвичайних подій і ситуацій і для боротьби з наслідками або загрозовими для системи охорони здоров'я та ГЗ надзвичайними подіями і катастрофами.

12. Збільшився розмір залучених коштів за рахунок комерціалізації результатів наукової діяльності внаслідок співпраці із університетами регіону. Центр має давню традицію співпраці із університетами та науковими установами. У 2021 році ця співпраця вийшла на якісно новий рівень. Зокрема, було укладено договори про співпрацю із Тернопільським національним медичним університетом імені І. Я. Горбачевського (в частині визначення Центру як бази для проходження практики студентами магістратури за спеціальністю «Громадське здоров'я», а також співпраці по профілактиці кліщового іксодового бореліозу (хвороби Лайма) [25].

Розроблено та підписано у серпні 2021р. договір про співпрацю із Західноукраїнським національним університетом. Договір було укладено з метою виявлення факторів навколишнього середовища, зокрема рівня забруднення атмосферного повітря, вод та ґрунтів, що мають негативний вплив на стан захворюваності неінфекційними хворобами жителів Тернопільської області; аналізу, оцінки та прогнозу стану здоров'я населення і середовища життєдіяльності людини, а також визначення причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення області і впливом на нього факторів середовища життєдіяльності людини та забезпечення права кожного громадянина України на санітарно-епідемічне благополуччя.

Згідно договору ЗУНУ розпочав проведення дослідження факторів навколишнього середовища, а саме рівня забруднення атмосферного повітря, вод та ґрунтів за допомогою аеромобільного інформаційно-

вимірювального комплексу, серед іншого, шляхом поєднання процедури вимірювання концентрацій шкідливих викидів у поверхневому шарі атмосфери та математичного моделювання впливу цих викидів на забруднення ґрунту та підземних вод, а Центр - здійснення надання експертних висновків за результатами проведених досліджень [25].

13. Фахівцями обласного ЦКПХ здійснювалися заходи із покращення рівня здоров'я дитячого населення Тернопільської області, що було особливо актуально в період встановлення карантину та запровадження посиленних протиепідемічних заходів у зв'язку із пандемією COVID-19, а також впроваджувався наступний підхід:

- Відповідальним за виконання та дотримання вимог зазначених нормативних документів є засновник (власник) та керівник виховного навчального закладу, які в першу чергу мають забезпечити ефективність роботи закладу щодо збереження і зміцнення здоров'я своїх вихованців. Ефективність роботи дитячого дошкільного та закладу загальної середньої освіти повинна мати показники доказовості. Тому важливе значення у вирішенні цієї проблеми набуває питання організації та здійснення систематичного лабораторного контролю в порядку моніторингових спостережень за якістю питної води, яку споживають діти в дошкільних та закладах загальної середньої освіти, закладах професійної освіти Тернопільської області, за рівнями забруднення повітря в приміщеннях, за якістю здійснення дезінфекційних заходів, які повинні систематично виконуватись в закладах, за безпечністю та відповідністю фізіологічним нормам дітей та раціональності добових раціонів тощо.

Саме тому, вже було закладено основи того, що на найближчі три роки Центр у співпраці з громадами, шляхом укладання відповідних договорів, забезпечить всебічне вивчення умов перебування та виховання дітей в дитячих дошкільних та закладах загальної середньої освіти Тернопільської області, визначення та запобігання критичним ситуаціям, небезпечних для здоров'я дітей, ризиків, які мають виражений вплив на показники здоров'я

дітей, що сприятиме удосконаленню організації рівня та збільшення обсягів кратності лабораторного обстеження об'єктів середовища життєдіяльності дітей під час перебування їх в дитячих навчальних закладах для встановлення негативних чинників, які впливатимуть на здоров'я дітей, розробці рекомендацій щодо усунення цих негативних явищ в діяльності зазначених дитячих закладів. Планується здійснення наступних лабораторних досліджень в дитячих навчальних закладах: проб питної води, що споживають діти на показники мікробіологічної та санітарно-хімічної безпеки; проб повітря; проб харчових продуктів не тільки за мікробіологічними, а й за хімічними показниками; добових раціонів на відповідність їх фізіологічним нормам дітей різних вікових груп; визначення рівня освітленості та мікроклімату.

- Здійснювалося впровадження розробленої фахівцями Центру Програми гігієни рук в дитячих навчальних закладах, що включає санітарну освіту для дітей, батьків і працівників дитячого навчального закладу. Як показують дослідження, такі санітарно-освітні програми ефективні і як для профілактики поширення COVID-19, так і для скорочення числа респіраторних інфекцій серед дошкільнят і молодших учнів, а також відповідно і значного скорочення кількості днів, під час яких діти відсутні у навчальних закладах.

14. Реалізовано ряд заходів в частині створення безбар'єрного і безперешкодного простору на території Центру для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення:

- Облаштування у всіх територіальних підрозділах місць для візків у відповідності до Національної стратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні.
- Впровадження в роботу Центру просвітницького проєкту Олени Зеленської «Довідник безбар'єрності», в якому роз'яснено основні принципи та засади безбар'єрності, а також імплементація його положень в окремі регіональні комплексні цільові програми з проблематики громадського здоров'я.

Безбар'єрність – це філософія суспільства без обмежень, що внутрішньо готове створювати середовище, у якому буде комфортно всім. Центр всесторонньо сприятиме, щоб основні засади безбар'єрності бути втілені впродовж 2021-2022 років.

15. Розпочато впровадження енергозберігаючих технологій (планувалося завершити у термін до кінця 2024 року).
16. В роботу Центру впроваджувалися методики психологічного розвантаження з метою профілактики професійного вигорання працівників.
17. Забезпечувався розвиток Центром наукових досліджень у сфері громадського здоров'я як засобу удосконалення стратегій реагування та профілактики інфекційних та неінфекційних хвороб.
18. Впроваджувався фандрайзинг та визначалися найбільш прийнятні його інструменти для ресурсного забезпечення діяльності Центру [25].
19. Було розроблено та впроваджено комплексу антикорупційних заходів:
 - Створенно до кінця 2021 року дієвої системи запобігання проявам корупції (програми протидії корупції) на основі результатів оцінки наявних корупційних ризиків.
 - Адміністративно-управлінським персоналом, керівниками структурних підрозділів Центру був пройдений один з онлайн-курсів, розроблених за підтримки Програми розвитку ООН в Україні Національним агентством з питань запобігання корупції та розміщених на громадському проекті масових відкритих онлайн-курсів «Prometheus» : «Антикорупційні програми органів влади», «Конфлікт інтересів: треба знати!», «Конфлікт інтересів: треба знати! Від теорії до практики», «Декларуй ДоброЧесно».

Окрім того, впродовж 2022 року планувалося реалізувати проєкт регіонального розвитку, за рахунок коштів державного фонду регіонального розвитку (далі - проєкт) «Реконструкція основного корпусу «літ. А» (надбудова III-го поверху з влаштуванням приміщень санітарно-гігієнічного профілю) м. Тернопіль, вул. Федьковича, 13»

Навіть часткова реалізація цього проєкту дала змогу розширити обсяг проведених лабораторних досліджень та інструментальних замірів, швидкість і якість їх виконання, розміщення сучасного лабораторного обладнання та засобів вимірювальної техніки, забезпечення кадрів належними умовами праці.

Завданням проєкту є модернізація та розбудова будівлі, з можливістю монтування сучасного обладнання, покращення та доступності надання медичних послуг населенню області, а також покращення умов праці працівників установи, пристосування приміщень для відвідувачів/працівників-осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення.

Окрім того, у відборі на 2023 рік та наступні два бюджетні періоди планувалося приймати участь у відборі з державним інвестиційним проєктом Центру «Модернізація мережі лабораторій санітарно-гігієнічного профілю та забезпечення функціонування соціально-гігієнічного моніторингу в Тернопільській області на базі державної установи «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України».

З метою здійснення відбору державних інвестиційних проєктів, відповідно до Порядку відбору державних інвестиційних проєктів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 22.07.2015р. №571 Міністерство охорони здоров'я України розглянуло концептуальну записку Центру від 27.01.2021 та прийняло рішення щодо доцільності розроблення вказаного державного інвестиційного проєкту. У лютому-березні 2022р. Міжвідомчою комісією з питань державних інвестиційних проєктів мало прийматися рішення щодо можливості його реалізації. Розрахункова вартість цього інвестиційного проєкту, включаючи витрати на його розроблення та реалізацію, становить 3870000 (три мільйони вісімсот сімдесят тисяч) гривень.

З них, приблизно 3470000 (три мільйони триста сімдесят тисяч) грн. – це вартість необхідного обладнання і його перевірки, зокрема для проведення

моніторингу лабораторних-інструментальних досліджень (випробувань) у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення стану факторів навколишнього середовища та їх можливого впливу на здоров'я. На жаль, поки війна зупинила реалізацію цього проєкту.

РОЗДІЛ 3

РЕАГУВАННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА ВИКЛИКИ, ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ ЗБРОЙНОЮ АГРЕСІЄЮ РОСІЙСЬКОЇ ФЕДЕРАЦІЇ ПРОТИ УКРАЇНИ, З ВРАХУВАННЯМ ДОСВІДУ ДЕРЖАВНОЇ УСТАНОВИ «ЦЕНТР КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

Не дивлячись на відсутність профільного Закону, беручи до уваги, що основні суб'єкти відносин у сфері громадського здоров'я на момент широкомасштабної збройної агресії якраз знаходились у процесі трансформації функцій та повноважень, а деякі і реорганізації, факт неукomплектованості кадрами (серед регіональних центрів контролю і профілактики хвороб лише у 12 встигли провести конкурс і призначити керівників – генеральних директорів), обладнанням, система громадського

здоров'я України продемонструвала потужну відповідь, на виклики воєнного часу.

Війна значно збільшила кількість внутрішньо переміщених осіб. Багато хто з них живе або проводить певну кількість часу в спеціально облаштованих місцях для перебування переселенців/біженців.

Велике скупчення людей у вагонах поїздів та в місцях для ночівлі, відсутність сталого доступу до проточної води і засобів гігієни можуть загрожувати спалахами і швидким поширенням інфекційних хвороб. Запобігти цьому можна завдяки застосуванню адекватних засобів профілактики. Серед них: забезпечення постійного водопостачання, належних санітарно-гігієнічних умов та доступу до медичних послуг, а також епідеміологічного нагляду та професійної допомоги з боку фахівців ЦКПХ [33, 57].

Саме для цього МОЗ України було видано наказ від 06.04.2022 № 584 «Про затвердження Порядку проведення обстеження (моніторингу) у місцях тимчасового перебування внутрішньо переміщених осіб у зв'язку зі збройною агресією Російської Федерації». Обстеження (моніторинг) здійснюється з метою недопущення погіршення санітарно-епідемічної ситуації щодо інфекційних захворювань, у тому числі гострих кишкових інфекційних захворювань, та харчових отруєнь серед внутрішньо переміщених осіб, які знаходяться у місцях тимчасового перебування [33].

У відповідності до зазначеного наказу фахівці ЦКПХ:

- 1) проводять аналіз епідемічної ситуації в регіоні щодо інфекційних захворювань, у тому числі гострих кишкових інфекційних захворювань, та харчових отруєнь серед внутрішньо переміщених осіб, які знаходяться в місцях тимчасового перебування;
- 2) визначають перелік місць тимчасового перебування підвищеного епідемічного ризику щодо інфекційних захворювань, у тому числі гострих кишкових інфекційних захворювань, та харчових отруєнь;
- 3) за результатами аналізу епідемічної ситуації складають регіональний план проведення обстеження (моніторингу) місць тимчасового перебування

(далі – план), який подається на затвердження до відповідної обласної, Київської міської держадміністрації (на період воєнного стану - військової адміністрації);

4) проводять обстеження (моніторинг) місць тимчасового перебування моніторинговими групами, склад яких затверджується відповідним наказом ЦКПХ. За результатами проведення обстеження (моніторингу) складається Акт санітарно-епідеміологічного обстеження об'єкта, який подається до відповідної Київської міської, обласної держадміністрації (на період воєнного стану – військової адміністрації) [33].

Варто зазначити, що під час проведення обстеження (моніторингу) місць тимчасового перебування моніторинговими групами здійснювалася оцінка стану дотримання Мінімальних вимог щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення під час екстреного облаштування місць тимчасового перебування внутрішньо переміщених осіб у зв'язку із збройною агресією Російської Федерації, затверджених наказом МОЗ від 10.03.2022 № 458, що 22 квітня 2022 року втратив чинність у відповідності до наказу Міністерства охорони здоров'я України №672.

Належний рівень реагування продемонстрував і Тернопільський ОЦКПХ МОЗ. Так, на виконання Указу Президента України від 24 лютого 2022 року №64/2022, керуючись статтею 41 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», Положенням про функціональну підсистему медичного захисту населення, затведженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 березня 2019 року №667, листом Міністерства охорони здоров'я України від 24.02.2022 № 26-04/5359/2-22, у перший день збройної агресії Російської Федерації проти України, генеральним директором було видано наказ «Про утворення і функціонування груп», відповідно до якого утворювались наступні групи:

I. безпосередньо у Тернопільському ОЦКПХ МОЗ:

1. Радіаційного спостереження і дозиметричного контролю у складі двох бригад;

2. Хімічного спостереження і контролю у складі двох бригад;

3. Епідеміологічного спостереження і контролю у складі двох бригад.

II. У Чортківському міськрайонному центрі ОЦКПХ МОЗ було утворено:

1. Групу радіаційного спостереження і дозиметричного контролю;

2. Групу хімічного спостереження і контролю;

3. Групу епідеміологічного спостереження і контролю;

4. Дезінфекційну бригаду.

III. У Борщівському відділі Чортківського міськрайонного центру ОЦКПХ МОЗ було утворено:

1. Група радіаційного спостереження і дозиметричного контролю;

2. Група хімічного спостереження і контролю;

3. Групи епідеміологічного спостереження і контролю (основну та резервну);

4. Дезінфекційні бригади (основну та резервну);

IV. У Буцацькому відділі Чортківського міськрайонного центру ОЦКПХ МОЗ було утворено:

1. Групу радіаційного спостереження і дозиметричного контролю;

2. Група хімічного спостереження і контролю;

3. Група епідеміологічного спостереження і контролю;

4. Дезінфекційну бригаду.

V. У Кременецькому міськрайонному центрі ОЦКПХ МОЗ було утворено:

1. Група радіаційного спостереження і дозиметричного контролю;

2. Група хімічного спостереження і контролю;

3. Групу епідеміологічного спостереження і контролю;

4. Дезінфекційну бригаду.

VI. У Тернопільському міськрайонному центрі ОЦКПХ МОЗ було утворено:

1. Групу хімічного спостереження і контролю;

2. Групу епідеміологічного спостереження і контролю;
3. Дезінфекційну бригаду.

VII. У Козівському відділі Тернопільського міськрайонного центру ОЦКПХ МОЗ було утворено:

1. Групу радіаційного спостереження і дозиметричного контролю;
2. Група хімічного спостереження і контролю;
3. Група епідеміологічного спостереження і контролю;
4. Дезінфекційну бригаду.

VIII. У Тербовлянському відділі Тернопільського міськрайонного центру ОЦКПХ МОЗ було утворено:

1. Групу радіаційного спостереження і дозиметричного контролю;
2. Групу хімічного спостереження і контролю;
3. Групу епідеміологічного спостереження і контролю;
4. Дезінфекційну бригаду.

Вищезазначеним наказом було визначено регіонального координатора, відповідального за діяльність вказаних груп.

З дня військової агресії регіональний координатор виконує наступні функції:

1. Забезпечує проведення щоденного моніторингу в режимі 24/7.
2. Організовує і контролює проведення щоденного моніторингу якості та безпечності питної води, що подається населенню, за мікробіологічними, санітарно-хімічними показниками відповідно до правил «Гігієнічні вимоги до питної води, призначеної для споживання людиною» (ДсанПіН 2.2.4-171-10).
3. Забезпечує постійний обмін інформацією з підприємствами питного водопостачання для отримання оперативних даних щодо стану води поверхневих та підземних джерел водопостачання, якості та безпечності питної води, що надходить в систему водопостачання (РЧВ).

4. Організовує проведення досліджень питної води в закладах охорони здоров'я та інших об'єктах критичної інфраструктури у разі надходження запитів від військово-цивільних адміністрацій.

5. Організовує здійснення моніторингу гамма-випромінювання в існуючих моніторингових точках з кратністю не менше ніж 3 рази на добу.

У разі встановлення відхилень за результатами лабораторних досліджень (протягом 2 годин) про це невідкладно інформується МОЗ, військово-цивільна адміністрація, відповідні громади.

Вже із 24.02.2022р. ЦКПХ невідкладно розпочав здійснювати координацію дій з відповідними територіальними органами ДСНС щодо залучення працівників установи для здійснення досліджень атмосферного повітря в разі виникнення аварій на об'єктах критичної інфраструктури, що пов'язані з хімічними агентами.

Відділ промоції здорового способу життя ЦКПХ було вповноважено інформувати населення щодо вжиття відповідних заходів у разі встановлення відхилень за результатами лабораторних досліджень.

Також фахівці ЦКПХ здійснюють моніторингові візити до місць тимчасового перебування внутрішньо переміщених осіб, з метою дотримання їх права проживати у безпечному та здоровому середовищі життєдіяльності [95]. Це право реалізується шляхом дотримання вимог щодо розміщення, харчування, водопостачання, здійснення лабораторного контролю харчових продуктів та питної води, проведенням комплексу профілактичних та протиепідемічних заходів щодо попередження занесення, виникнення та поширення інфекційних захворювань серед осіб в місцях тимчасового перебування, а також наданням медичної допомоги, тобто за активної участі фахівців системи громадського здоров'я.

Належним чином Центр реагує на хімічні загрози. 4 квітня, о 23.30 год на Тернопільщину було здійснено чергову повітряну атаку. Ворожа ракета не досягла цілі і була збита силами ППО у Кременецькому районі, однак, уламки впали на склад мінеральних добрив і пошкодили шість резервуарів.

Дослідження негайно відібраних проб води показали перевищення рівня аміаку у ґрунті та річці Іква. Жителям територій, по руслі річки Іква Кременецького району, фахівцями ЦКПХ було рекомендовано не використовувати воду з криниць для харчових потреб. Було заборонено вилов риби. Фахівці Тернопільського ОЦКПХ МОЗ відібрали проби води на вміст аміаку з 8 криниць приватних садиб та двох водонапірних башт села Сапанів Кременецького району. Лише у двох криницях було виявлено незначне перевищення хімічних сполук. У інших - показник вмісту аміаку становив 0,05 мг/л, при нормі 2,6 мг/л. Також фахівці дослідили ряд проб водопровідної мережі від артезіанських свердловин села і вода відповідала нормам. Крім того, працівниками Тернопільського ОЦКПХ було відібрано проби води з 7 (семи) точок за течією річки Іква та щоденно відслідковувалась якість води до стабілізації усіх показників.

Відмінно проявив себе Центр і у боротьбі з особливо небезпечними інфекціями, зокрема дифтерією. У 29-річної мешканки Слов'янська, яка переїхала на Тернопільщину, на 31.03.2022р. підтвердили дифтерію. Жінка перебувала на лікуванні у Чортківській лікарні, загрози для життя відсутні. Під час проведення епідеміологічного розслідування, фахівцями було виявлено 70 контактних осіб за місцем проживання (61 внутрішньо переміщена особа та 9 працівників закладу), лікування (9 осіб). Проведено 02.04.-03.04.2022р. бактеріологічне обстеження всіх контактних (всього 79 осіб), результати від 06.04.-07.04.2022р. - *Corynebacterium* не виділено, повторно 11.04.-12.04.2022р. проведено бактеріологічне обстеження контактних (всього 79 осіб), результати від 15.04.2022р. - *Corynebacterium* не виділено. Організоване медичне спостереження за контактними протягом 10 днів (02-11.04.2022р.), консультація ЛОР-спеціаліста, проведення антибіотикопрофілактики, щеплення за епідпоказами. Призначено антибіотики з профілактичною метою 69 контактним, проведені щеплення - 48. У вогнищі була проведена заключна дезінфекція (02.04.2022).

До цього востаннє випадок дифтерії на Тернопільщині було зареєстровано у 2019 році. Тоді хворобу виявили у чоловіка, який приїхав з іншої області, а серед мешканців Тернопільської області востаннє діагноз було підтверджено у 2012 році.

Відповідно до вимог чинного законодавства, з метою забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення під час ліквідації наслідків збройної агресії Російської Федерації проти України, МОЗ було видано наказ від 08.04.2022 № 597 «Деякі питання забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення під час ліквідації наслідків збройної агресії Російської Федерації проти України» [11].

У відповідності до цього наказу, обласні та Київський міський ЦКПХ, Житомирський обласний та на видах транспорту лабораторні центри МОЗ на територіях населених пунктів, які були тимчасово окуповані збройними силами Російської Федерації, і на яких забезпечено (відновлено) державний суверенітет України, за умови відсутності повідомлень про можливі радіаційні, хімічні, біологічні та ядерні ризики на відповідних територіях:

1) забезпечують проведення дослідження якості та безпечності питної води, що подається населенню, у тому числі з нецентралізованих джерел водопостачання за санітарно-хімічними та мікробіологічними показниками відповідно до показників, наведених в додатках 1 та 2 до Державних санітарних норм та правил «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання 2 людиною» (ДСанПіН 2.2.4-171-10), затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12 травня 2010 року № 400, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 01 липня 2010 року за № 452/17747. Локація точок забору формується у прив'язці до схеми водопостачання населеного пункту, характеристики водозаборів. До отримання результатів лабораторних досліджень центри рекомендували проведення гіперхлорування води, з метою недопущення спалахів інфекційних хвороб, пов'язаних із водним шляхом передавання;

2) забезпечують проведення дослідження ґрунту біля (навколо) місць аварій хімічних об'єктів, сховищ пального, хімікатів, промислових підприємств. Обсяг, кількість точок та перелік показників узгоджують з представниками територіальних органів ДСНС з урахуванням фактично зруйнованої інфраструктури;

3) надають пропозиції обласним, Київській міській військовим адміністраціям та органам місцевого самоврядування щодо проведення дератизації території населених пунктів та/або забезпечують самостійне проведення зазначених заходів дезінфекційними бригадами у разі залучення;

4) надають пропозиції обласним, Київській міській військовим адміністраціям та органам місцевого самоврядування щодо перепоховання останків загиблих із масового та одиночного поховання, розміщених поза територією кладовищ та інших місць поховань;

5) рекомендують обласним, Київській міській військовим адміністраціям та органам місцевого самоврядування провести обстеження шахтних колодязів, каптажів джерел та бюветів, їх ремонт, чищення та дезінфекцію. У разі невідповідності питної води шахтних колодязів, каптажів джерел та бюветів епідемічним показникам безпеки після проведених заходів з чищення та дезінфекції рекомендують вивішувати інформаційну табличку «Вода для пиття не придатна» і провести повторні чищення та дезінфекцію з подальшим лабораторним контролем їх ефективності та інформування громадськості. У разі залучення, беруть участь у проведенні зазначених заходів;

6) забезпечують проведення санітарно-епідеміологічної розвідки та профілактики інфекційних хвороб, у тому числі висипного та черевного тифу, дизентерії, туляремії, інших особливо небезпечних інфекцій;

7) забезпечують проведення індикації та ідентифікації збудників особливонебезпечних інфекцій з обстеженням об'єктів зовнішнього середовища та проведення диференційних діагностичних та досліджень

матеріалу від людей з підозрою на особливо-небезпечні інфекції (в залежності від ландшафту ендемічних захворювань на конкретній території);

8) надають пропозиції обласним, Київській міській військовим адміністраціям та органам місцевого самоврядування щодо проведення 3 санітарної очистки зон бойових дій шляхом раціональної санітарної очистки території бойових дій зі знезараженням трупів людей і тварин, а також інших санітарно-небезпечних об'єктів, видалення та знезараження нечистот та інші заходи з дезінфекції, дезінсекції та дератизації в населених пунктах, на залізничному та автомобільному транспорті (за необхідності);

9) у разі встановлення відхилень за результатами лабораторних досліджень, невідкладно (протягом 2 годин), інформують обласну, Київську міську військову адміністрацію з наданням пропозицій щодо вжиття відповідних заходів реагування з метою забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, із забезпеченням подальшого інформування державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» та Міністерства охорони здоров'я України про вжиті заходи;

10) забезпечують ефективну комунікацію з населенням про базові навички профілактики інфекційних хвороб, особливостей водокористування (бутильована вода, необхідність кип'ятіння, тощо), приготування їжі у непристосованих умовах, використання засобів індивідуального захисту, позапланової вакцинації проти вірусного гепатиту А, тощо [11]. Наприклад, фахівцями Тернопільського ОЦКПХ МОЗ, станом на 8 тиждень війни, було підготовлено та розміщено на сторінці Центру у соціальній мережі FACEBOOK (МЕТА) більше 45 таких інформаційних матеріалів.

11) проводять спільну роботу з представниками органів ветеринарної медицини щодо необхідності проведення оральної вакцинопрофілактики проти сказу бродячих тварин.

ЦГЗ, серед іншого, було вповноважено:

- забезпечити надання експертної підтримки ЦКПХ та ЛЦ у питаннях оцінки ризику епідемічної ситуації та вжиття відповідних заходів реагування для забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя на території;

- розробити та поширити до використання інформаційні матеріали для забезпечення ефективної комунікації з населенням щодо поведінки у випадку виникнення небезпек і загроз для їх здоров'я урахувавши специфічність впливу фактора небезпеки [11]. Безпосередньо фахівцями ЦГЗ було підготовлено та розміщено на офіційному сайті МОЗ у розділі «ГРОМАДЯНАМ» 23 інформаційних матеріали на такі теми як: «Способи знезараження води», «Спеціалізована психіатрична допомога під час війни», «Профілактика ВІЛ-інфекції під час війни», «Як впоратися зі стресом під час війни», «Вибухонебезпечні предмети: ризик, який може коштувати життя», «Як проводити первинну обробку ран», та інш. [57].

Ведуть МОЗ, ЦГЗ та ЦКПХ боротьбу із фейками у сфері громадського здоров'я. Зокрема, 19 квітня 2022р. на своїй офіційній сторінці в соціальній мережі FACEBOOK (META), Ігор Кузін зазначив, що заяви про «розробку військово-біологічних програм за підтримки США на території України» стали вже одним із «вічних» фейків російської пропаганди. З початку повномасштабного вторгнення Росії на нашу територію ця тема ще більше активізувалась у так званих «засобах масової інформації» РФ. Разом із тим, «докази» існування в Україні військово-біологічних лабораторій не витримують жодної критики та навіть стають приводами для створення мемів. Чого варті тільки «бойові птахи», які, за версією російської пропаганди, мали якимось чином вражати «слов'янський етнос», під що їх начебто спеціально адаптували. Він запевнив, що Україна дотримується та виконує всі свої зобов'язання відповідно до Конвенції про заборону біологічної та токсинної зброї і на нашій території ніколи не розроблялася біологічна зброя та навіть не було такого наміру.

Значна увага приділялася забезпеченню хімічної безпеки держави. Так, від 26 квітня 2022 року КМУ було видано розпорядження № 314-р «Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції підвищення рівня хімічної безпеки до 2026 року» [61].

Зазначений план, серед іншого передбачає:

- Удосконалення законодавства про охорону здоров'я від негативного впливу хімічних речовин, зокрема розроблення та подання КМУ проєкту акта про затвердження методичних вказівок щодо визначення небезпечності хімічних речовин за критерієм ендокринних порушень;
- Організацію системи надання медичної допомоги у випадках порушень вимог управління хімічною безпекою та хімічними речовинами;
- Організацію надання екстреної медичної допомоги населенню в разі отруєнь хімічними речовинами у побуті;
- Удосконалення системи моніторингу хімічних речовин у компонентах навколишнього природного середовища, а саме розроблення та подання Кабінетові Міністрів України проєкту акта про створення банку даних про потенційну загрозу виникнення надзвичайних ситуацій транскордонного масштабу на хімічно небезпечних підприємствах;
- Розроблення механізму комплексної оцінки рівня забруднення навколишнього природного середовища хімічними речовинами;
- Розроблення системи оцінки ризику щодо шкідливої дії хімічних речовин на здоров'я працюючих та населення;
- Зміцнення кадрового потенціалу у сфері управління хімічною безпекою та хімічними речовинами;
- Удосконалення освітніх програм підготовки фахівців закладами освіти для забезпечення формування компетентності у сфері

управління хімічною безпекою та поводження з хімічними речовинами;

- Забезпечення вивчення питань хімічної безпеки під час підвищення кваліфікації керівних працівників та фахівців, зайнятих у виробництві, пов'язаному із застосуванням хімічних технологій, що становлять хімічну небезпеку;
- Врахування питань з хімічної безпеки та управління хімічною продукцією у стандартах вищої та фахової передвищої освіти із ряду спеціальностей і зокрема 229 Громадське здоров'я [61].

Підсумовуючи, варто зазначити, що головне завдання системи громадського здоров'я зараз - це рятувати народ України від інфекційних хвороб, спалахів та епідемій та інших наслідків російської збройної інвазії.

РОЗДІЛ 4

ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ АКТУАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Прогрес у становленні і розвитку системи громадського здоров'я в демократичному суспільстві вимагає домовленості щодо місії та змісту охорони здоров'я, достатньої для того, щоб служити основою для суспільних дій. Відсутність чіткої згоди дій між урядовцями, які приймають рішення, працівниками охорони здоров'я, організаціями охорони здоров'я приватного сектору та медичними працівниками, а також лідерами думок і суспільством в цілому, тобто між державним і приватним рівнями щодо перетворення широкого погляду на місію системи громадського здоров'я України в конкретні види діяльності є коренем багатьох недоліків у розвитку системи.

Саме тому налагодження дієвої комунікації і якісно нового рівня взаємодії між державним і приватним секторами для досягнення цілей громадського здоров'я є одним назвичайно важливим на шляху до вирішення актуальних проблем трансформації системи громадського здоров'я.

Наприклад, обґрунтований аналіз ризику для здоров'я при розробці регуляторної політики (наприклад, контроль за забрудненням води та повітря, безпека харчових продуктів, ліцензування постачальників послуг охорони здоров'я) може призвести до більшої раціональності та довіри до остаточних рішень з боку органів влади. Це також допоможе краще сконцентрувати зусилля громадськості на діяльності, яка призведе до найбільш ефективних способів та варіантів вирішення конкретних проблем.

Аналіз зарубіжної та вітчизняних джерел із даного питання та поточного стану справ дозволяє вичленувати наступні шляхи щодо вирішення актуальних проблем трансформації громадського здоров'я.

1. Розробка та суспільне обговорення загальнонаціональних та регіональних завдань системи громадського здоров'я буде тим фактором, що дозволить втзначити спільне та однакове розуміння завдань та показників, яких потрібно досягти. Однакове розуміння та спільні дії дозволять забезпечити виконання обраних завдань та досягнути показників, що в

загальному підсумку сприятиме досягненню кращих результатів щодо становлення системи громадського здоров'я.

2. Розробка національної стратегії розвитку та програми трансформації системи громадського здоров'я на короткострокову та довгострокову перспективи.

3. Інтеграція найкращого зарубіжного досвіду у національну політику формування і діяльності системи громадського здоров'я, а також налагодження тіснішої міжнародної співпраці із цих питань. Після досягнення синергії спільні дії усіх зацікавлених сторін сприятимуть стабільному прогресу у розвитку як системи громадського здоров'я, так і систем інших країн.

4. Розширення фіскального простору для сталого фінансування системи громадського здоров'я: фіскальна політика повинна вийти за межі суто зобов'язань та перейти до їхнього виконання. Попередні інвестиції у системи громадського здоров'я можуть мати кумулятивний вплив на інші сектори та сприяти сталому фінансуванню розвитку системи шляхом мобілізації внутрішніх державних ресурсів.

5. Розширити системи дезагрегованих даних про громадське здоров'я: українська цифрова трансформація державних послуг повинна визначити громадське здоров'я одним з пріоритетів та всяко стимулювати ініціативи в галузі електронної охорони здоров'я навіть на рівні окремих громад. Зосередження уваги на актуальних, своєчасних та точних даних повинно сприяти розширенню джерел даних і, зрештою, забезпечити належний рівень ефективності системи громадського здоров'я.

6. Пріоритезувати удосконалення основоположних аспектів системи громадського здоров'я для усіх суб'єктів, дотичних до системи. Забезпечити стабільний міжсекторальний підхід, що залучає всіх ключових суб'єктів та інституцій: співпраця з іншими міністерствами та відомствами поза традиційним сектором громадського здоров'я, та і взагалі ОЗ є важливою, оскільки багато заходів, вимагають багатогалузевої співпраці та

політики, що стосується зокрема соціальних детермінант здоров'я. Надзвичайно важливо розпочати цей процес із затвердження офіційної дорожньої карти, яка б включала всі міністерства, що працюють разом для досягнення окремих цілей громадського здоров'я в Україні.

7. Забезпечити та підтримувати стійкий розвиток кадрових ресурсів в системі громадського здоров'я: необхідно активізувати зусилля з набору та утримання кваліфікованих працівників та надати їм доступ до можливостей з підвищення компетенцій, необхідних для їхніх посад. Лише завдяки стійкій стратегії кадрових ресурсів можливе ефективне функціонування системи громадського здоров'я.

8. Забезпечити кожним суб'єктом системи громадського здоров'я на своєму рівні регулярний та систематичний збір, обробку, аналіз інформації про здоров'я громади, включаючи статистичні дані про стан здоров'я, потреби громади у сфері громадського здоров'я, а також епідеміологічні та інші дослідження проблем зі здоров'ям та забезпечити її доступність для громадян.

9. Забезпечити гарантування мінімального набору послуг з громадського здоров'я на рівні громади.

10. Забезпечити встановлення цілей та пріоритетів у сфері громадського здоров'я як на загальнонаціональному рівні, так і на рівні громад.

11. Стимулювання у суспільстві активних дискусій з питань громадського здоров'я за допомогою залучення «зірок», лідерів думок, релігійних діячів. Яскравий приклад такої дискусії щодо дитячого харчування у закладах освіти відбулося із залученням МОЗ України популярного телевізійного шеф-повара Євгена Клопотенка [39].

12. Забезпечити розробку політик та лідерство, що сприяють залученню місцевих органів влади та почуттю причетності конкретних громад, які підкреслюють місцеві потреби та пропагують справедливий розподіл державних ресурсів та відповідають потребам громади.

13. Організувати створення постійнодіючої робочої групи як дорадчого органу при Головному державному санітарному лікареві України для опрацювання того, які структурні чи програмні зміни були б бажані для підвищення спроможності та ефективності системи громадського здоров'я виконувати свої завдання та здійснювати функції.

14. Забезпечити вивчення етичних проблем громадського здоров'я та організацію і проведення поведінкових досліджень щодо окремих моментів формування здорового способу життя [18, 82].

15. Організувати та проводити навчання громадськості та посадових осіб органів місцевого самоврядування щодо потреб громади в галузі громадського здоров'я та питань формування політик громадського здоров'я.

16. У навчальних програмах з громадського здоров'я слід приділяти особливу увагу управлінським та лідерським навичкам, таким як здатність доносити важливу інформацію, просувати ініціативи; відчувати важливі зміни в суспільстві та справлятися з ними; планувати, мобілізувати та ефективно використовувати ресурси; підвищувати у громаді роль системи громадського здоров'я [82].

17. Суб'єктам громадського здоров'я, особливо МОЗ та ЦГЗ приділяти більше уваги факторам, які впливають на поведінку, пов'язану зі здоров'ям, і розробляти комплексні стратегії, які враховують ці фактори.

18. Впровадити у практику ЦКПХ бенчмаркінгу – спеціального методу порівняльного аналізу для підприємств, установ чи структур, що полягає у пошуку більш ефективної установи чи підприємстваз метою порівняння і запозичення найкращих методів роботи [82, 83]. Бенчмаркінг вже кілька років успішно застосовують у своїй практиці окремі приватні медичні заклади, але установи громадського здоров'я в Україні до цієї практики ще не вдавались. На Заході, особливо США та Великобританії, останні роки бенчмаркінг активно впроваджується і в системі громадського здоров'я. І не дивлячись на те, що тут ми маємо справу із своєю «монополією»

держави, бенчмаркінг в цих умовах може мати навіть певні переваги, зокрема відсутній конкурентний тиск, а тому, наприклад ЦКПХ є набагато відкритіші для інформування про свої методи роботи [82, 83].

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для організації та проведення наукового дослідження по темі наукової роботи нами було використано та застосовано такі методи:

- системного підходу і системного аналізу - для визначення основних проблем і перспектив розвитку системи громадського здоров'я в Україні;

- аналізу, синтезу та дедукції - для виявлення особливостей системи громадського здоров'я в Україні

- бібліосемантичний метод - для з'ясування сучасного стану розвитку системи громадського здоров'я в Україні, аналізу вирішення актуальних проблем системи громадського здоров'я в Україні, опрацювання чинних нормативних актів, в тому числі міжнародних документів, Законів України, постанов КМУ, наказів МОЗ України, проектів нормативно-правових актів, літературних джерел, електронних ресурсів;

- соціологічний кількісний метод:

- анкетування (кількісний метод) за допомогою спеціально адаптованого опитувальника - з метою отримання інформації від цільових груп респондентів (медичних працівників, керівників ЗОЗ, паліативних пацієнтів), а також визначення стану розвитку і актуальних проблем системи громадського здоров'я в Україні;

- медико-статистичний - для збору, обробки та аналізу результатів дослідження;

- медичного картографування – для визначення мережі регіональних суб'єктів системи громадського здоров'я та їх відповідність проблемам населення з метою надання рекомендацій щодо підвищення ефективності та актуальних проблем.

На першому етапі наукового дослідження 24 червня 2021 року було створено групу «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я. PUBLIC HEALTH» у соціальній мережі FACEBOOK (META). Проведено аналітичний огляд

літературних джерел з предмету використання соціальних мереж, зокрема FACEBOOK (МЕТА) для потреб громадського здоров'я в Україні та світі.

Інформаційною базою наукового дослідження були: Конституція України, законодавство про охорону здоров'я, а саме постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я України, офіційні дані Державної служби статистики України, наукові дослідження ЦГЗ з питань формування системи громадського здоров'я в Україні, а також профільні сторінки та групи у соціальних мережах. В роботі використовувалися такі джерела інформації: -теоретичні та методичні розробки вітчизняних і зарубіжних вчених, - наукові публікації, - періодична література, - звітні матеріали наукових досліджень і розробки, - результати власних досліджень тощо.

Опрацьовано нормативно-правові акти з громадського здоров'я за роки незалежності, зокрема Закони України, постанови та розпорядження КМУ, накази МОЗ України, публікації на сайті НСЗУ, та ін.

Другим етапом дослідження визначено наступне: вибір напряму дослідження, мету, завдання, обґрунтування методів та обсягів дослідження.

Виходячи з розуміння основних проблемних питань формування системи громадського здоров'я в Україні, нами було розроблено опитувальник для учасників групи «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я. PUBLIC HEALTH» у соціальній мережі FACEBOOK (МЕТА) «Оцінювання основних тенденцій розвитку системи громадського здоров'я в Україні, проблем громадського здоров'я, ефективності промоції здоров'я, інформування і санітарно-гігієнічного виховання та шляхів їх вирішення в соціальних мережах», який включає оцінювання думок учасників групи щодо основних тенденцій розвитку системи громадського здоров'я, проблем та шляхів їх вирішення.

Опитувальник містить вступні питання про стать, освіту і місце проживання учасників опитування і три блоки спеціальних питань:

1-й блок - «Оцінювання основних тенденцій розвитку системи громадського здоров'я»;

2-й блок - «Оцінювання основних проблем громадського здоров'я в Україні»;

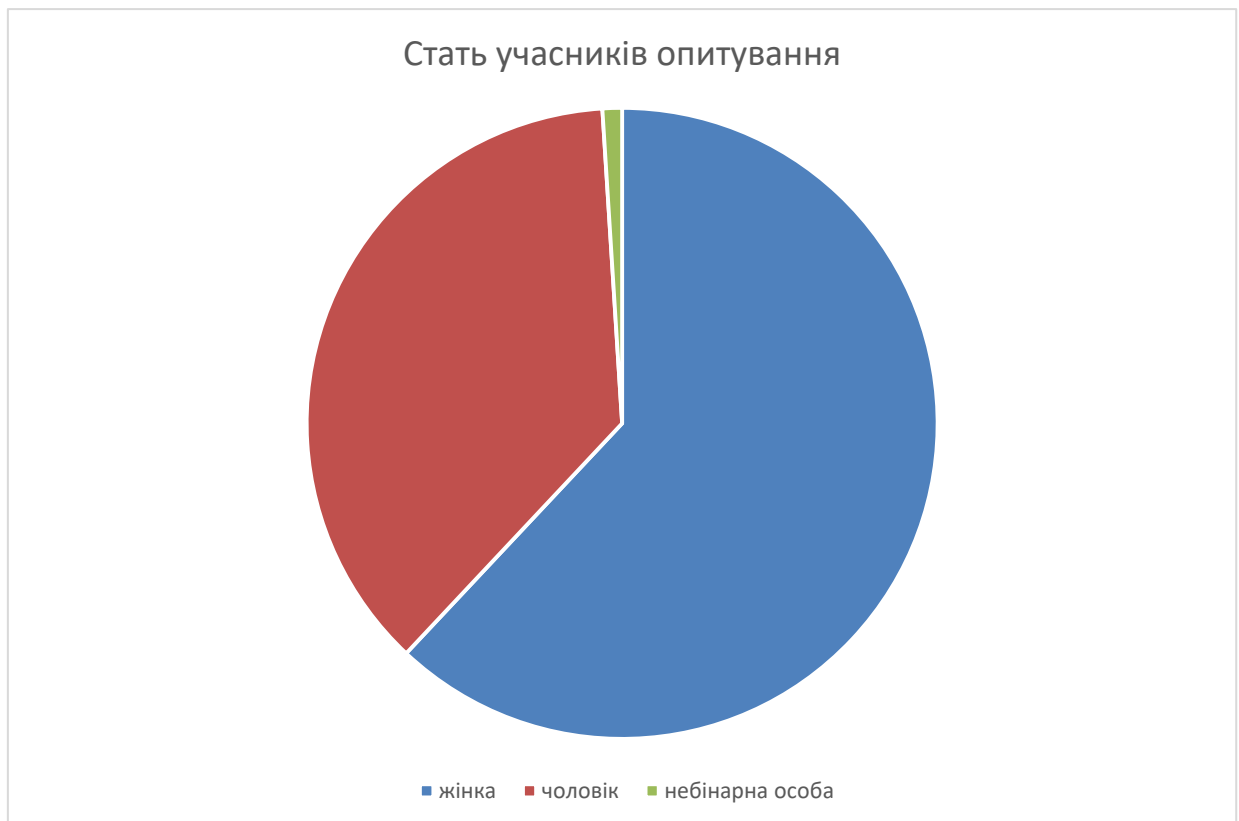
3-й блок - «Оцінювання шляхів вирішення проблем системи громадського здоров'я в Україні».

Впродовж 24 жовтня 2021 року – 14 листопада 2021 року було опитано 100 осіб, що виявили бажання долучитися до групи «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я. PUBLIC HEALTH» у соціальній мережі FACEBOOK (META).

РОЗДІЛ 6

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ОПИТУВАННЯ УЧАСНИКІВ ГРУПИ
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я. PUBLIC HEALTH» У СОЦІАЛЬНІЙ МЕРЕЖІ
FACEBOOK, ЗА ОПИТУВАЛЬНИКОМ «ОЦІНЮВАННЯ ОСНОВНИХ
ТЕНДЕНЦІЙ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В
УКРАЇНІ, ПРОБЛЕМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЕФЕКТИВНОСТІ
ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВ'Я, ІНФОРМУВАННЯ І САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНОГО
ВИХОВАННЯ ТА ШЛЯХІВ ЇХ ВИРІШЕННЯ В СОЦІАЛЬНИХ
МЕРЕЖАХ»

У опитуванні взяло участь 62 жінки, 37 чоловіків і одна небінарна особа.



Цікавість у жінок до проблематики громадського здоров'я виявилась вищою. Одним з пояснень цього є той факт, що жінки значно переважають

серед працівників системи громадського здоров'я, а також частіше турбуються про стан здоров'я членів своєї родини [17, 18, 82].

У опитуванні взяло участь 55 осіб із вищою / неповною вищою освітою, 37 із середньою спеціальною, 2 особи із середньою, та інших осіб - 6.



Серед учасників опитування абсолютна більшість проживала у містах, а саме 52 особи - у обласному центрі/великому місті; 34 - особи у малому місті; 11 – в смт та 3 особи проживають у селі.



6.1. Аналіз результатів 1-го блоку опитувальника «Оцінювання основних тенденцій розвитку системи громадського здоров'я».

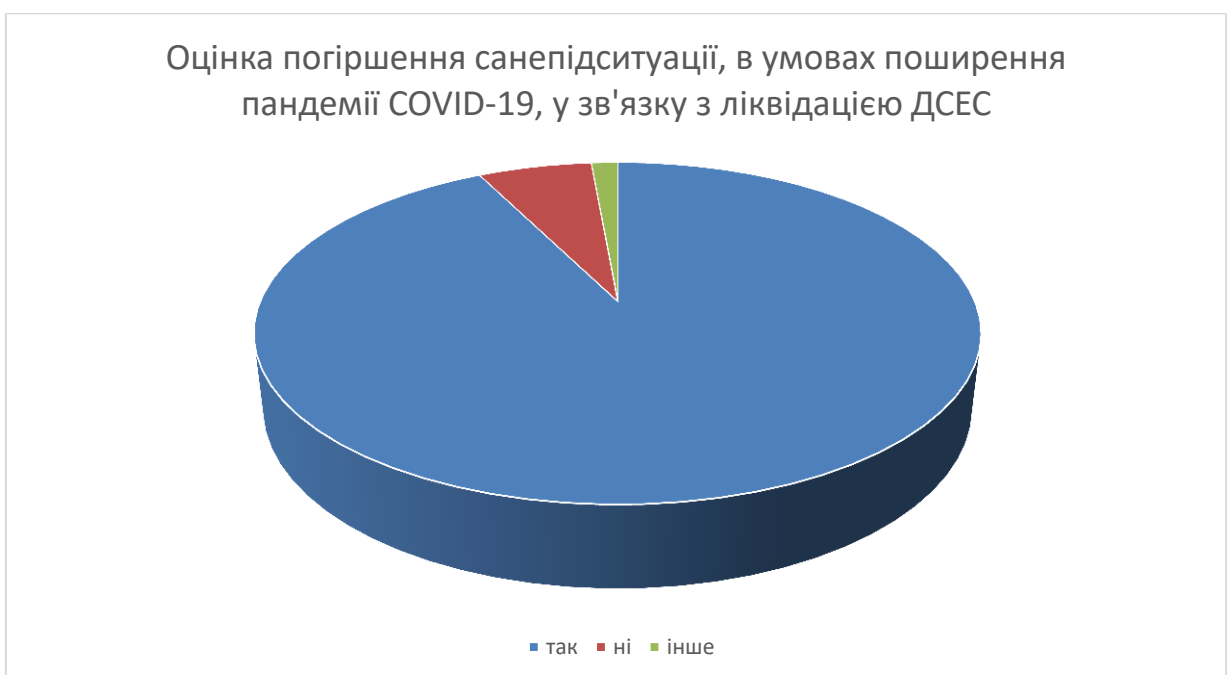
На запитання №4: «Як Ви можете оцінити зміни у санітарному та епідеміологічному стані населення України у період до введення карантину через COVID-19 внаслідок ліквідації санітарно-епідеміологічної служби як окремого центрального органу виконавчої влади та перерозподілу її функцій між іншими органами?», було отримано наступні відповіді

- 1) мені про це нічого не відомо -1
- 2) погіршився - 84
- 3) покращився - 0
- 4) залишився без змін – 15



Отримані відповіді демонструють, що абсолютна більшість опитаних високо оцінює вклад Державної санітарно-епідеміологічної служби у забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя в Україні.

Аналогічний висновок можна зробити й проаналізувавши відповіді на питання №5: «Чи сприяла погіршенню теперішньої епідемічної ситуації в Україні, в умовах поширення пандемії COVID-19, ліквідація санітарно-епідемічної служби як центрального органу виконавчої влади та перерозподілу її функцій між іншими органами?»



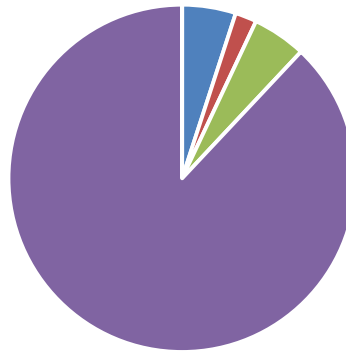
1) так – 92%; 2) ні – 6%; 3) інше – 2%.

На запитання №6 «Чи потрібно відновити діяльність санітарно-епідеміологічної служби як окремого центрального органу виконавчої влади, що існував в Україні до 2017 р.?», більшість, а саме 62 % підтримали ідею такого відновлення, 4 % - ні, а 34% висловились за створення нового органу.



На запитання №7 «Який орган має здійснювати інфекційний нагляд і контроль в Україні в умовах відсутності санітарно-епідеміологічної служби як центрального органу виконавчої влади?», абсолютна більшість, а саме 88% віддали перевагу новій мережі спеціально створених органів із відповідним статусом, 5% висловились за покладення таких функцій на безпосередньо Головного державного санітарного лікаря України; 2% - на ЗОЗ, а ще 5% - на місцеві органи центральної влади та органи місцевого самоврядування, інше – 0%.

Орган, що має здійснювати інфекційний нагляд і контроль в Україні в умовах відсутності ДСЕС

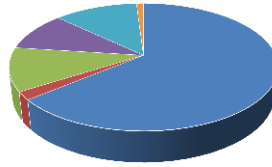


- Головний державний санітарний лікар України
- ЗОЗ
- місцеві органи центральної влади та органи місцевого самоврядування
- нова мережа спеціально створених органів зі спеціальним статусом
- інше

6.2. Аналіз результатів 2-го блоку опитувальника «Оцінювання основних проблем громадського здоров'я в Україні».

На запитання №8 «Що, на Вашу думку, представляє найбільшу загрозу для громадського здоров'я в Україні з переліченого нижче?», поширення інфекційних хвороб обрали 64% учасників опитування; поширення професійних захворювань – 2%; масові неінфекційні захворювання (отруєння, наприклад, продуктами харчування, алкоголем, хімічними речовинами тощо) – 11%; радіаційне ураження жителів України – 10%; інший шкідливий вплив на стан здоров'я населення (забруднення повітря, води, ґрунту тощо) – 12% та інше – 1%.

Найбільша загроза для громадського здоров'я в Україні (з переліченого)

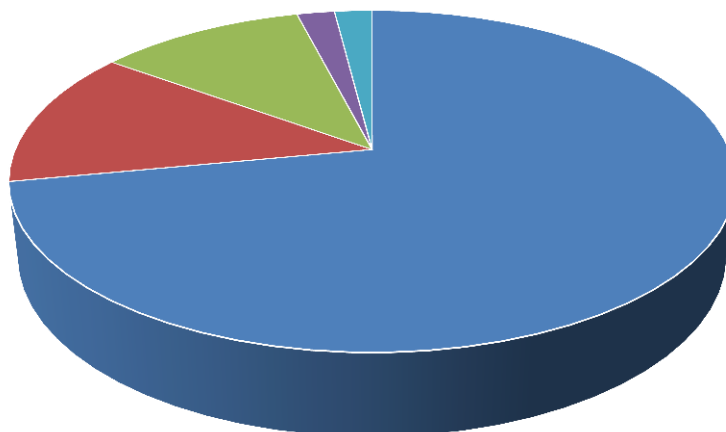


- поширення інфекційних хвороб
- поширення професійних захворювань
- масові неінфекційні захворювання
- радіаційне ураження жителів України
- інший шкідливий вплив на стан здоров'я населення (забруднення повітря, води, ґрунту тощо)
- інше

На питання №9 «На вашу думку, чи зменшить вакцинація населення кількість випадків захворювання на інфекційні хвороби? (істотно скоротить темпи поширення захворювання)», більшість респондентів відповіло «так» – 72%; «скоріше так, ніж ні» – 13%.

Однак, на жаль, був досить суттєвий відсоток тих, хто відповіли «скоріше ні, ніж так» – 11%; «ні» – 2% та інше – 2%.

Чи зменшить вакцинація населення кількість випадків захворювання на інфекційні хвороби?



- так
- скоріше так, ніж ні
- скоріше ні, ніж так
- ні
- інше

На питання №10 «На Вашу думку, чи має бути вакцинація від коронавірусної хвороби обов'язковою?», більшість респондентів відповіли

«так» – 53%, однак, «ні» відповів 41%, що лиш на 12% менше. Інший варіант вбачали 6%.



На запитання №11 «За рахунок яких коштів має відбуватися така вакцинація?», більшість респондентів обрали варіант «за рахунок бюджетних коштів» – 89%; за власний рахунок – 2%; інші джерела (наприклад, міжнародні інвестиції) – 2%; змішана система (зокрема, соціально-уразливі прошарки населення забезпечуються вакциною безкоштовно) – 7%.



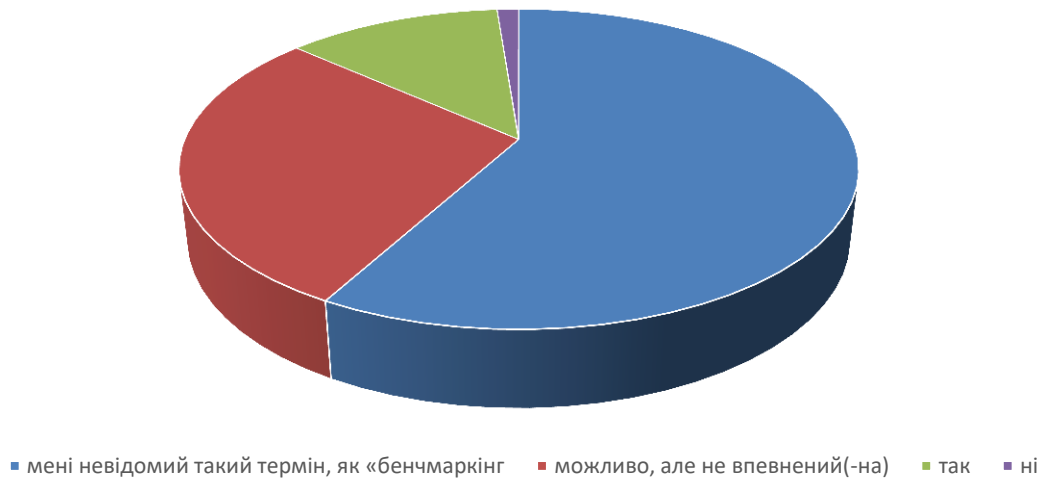
6.3. Аналіз результатів 3-го блоку опитувальника «Оцінювання шляхів вирішення проблем системи громадського здоров'я в Україні».

На питання №12 «Який з основних напрямків формування здорового способу життя ви вважаєте найефективнішим?», більшість респондентів обрали варіант «розвиток персональних навичок здорового способу життя» – 41%, дещо менша кількість обрала варіант «розвиток активності громад і організацій» – 28%; два варіанта знайшли майже однакову кількість прихильників, оскільки варіант «сприяння запровадженню політики здоров'я» обрало 11% респондентів, а варіант «переорієнтація пріоритетів системи охорони здоров'я» – 12%; найменша кількість респондентів обрала варіант «створення сприятливих природних і соціальних середовищ» – 8%.



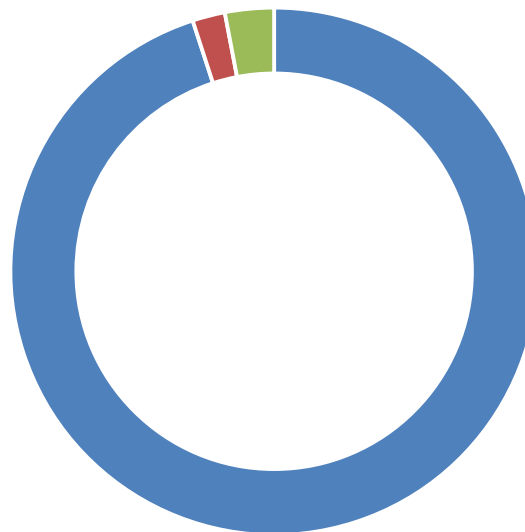
На запитання №13 «Чи вважаєте ви ефективним використання бенчмаркінгу для вирішення окремих проблем системи громадського здоров'я?», на жаль, більшість респондентів обрали варіант «мені невідомий такий термін, як «бенчмаркінг» – 57%; варіант «можливо, але не впевнений(-на)» – 28%; так – 12%; ні – 3%.

Ефективність використання бенчмаркінгу для вирішення окремих проблем системи громадського здоров'я



На запитання №14 «Чи змінилося, на Вашу думку, в українському суспільстві за останній рік ставлення до дотримання вимог особистої гігієни?» абсолютна більшість респондентів відповіла «так» – 95%; «ні» – 2%; «важко відповісти» – 3%.

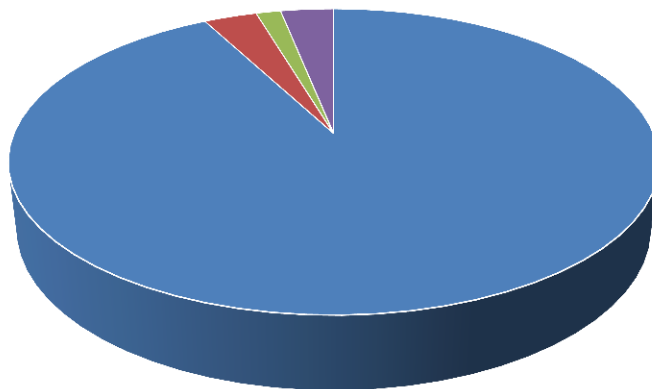
Зміна в українському суспільстві ставлення до дотримання вимог особистої гігієни за останній рік



На запитання №15 «Чи підтримуєте ви стимулювання у суспільстві активних дискусій з питань громадського здоров'я за допомогою залучення

«зірок», лідерів думок, релігійних діячів?», більшість респондентів підтримала і обрала варіант «так» – 88%; варіант «можливо, але не впевнений(-на)» – 6% респондентів; «ні» – 3%; «інше» – 3%.

Підтримка стимулювання у суспільстві активних дискусій з питань громадського здоров'я за допомогою залучення «зірок», лідерів думок, релігійних діячів



■ так ■ ні ■ можливо, але не впевнений(-на) ■ інше

ВИСНОВКИ

1. Вивчено історичні аспекти формування систем громадського здоров'я в світі та Україні.
2. Вивчено правові основи розвитку системи громадського здоров'я в Україні, міжнародні документи та регламентацію чинним законодавством десяти основних оперативних функцій громадського здоров'я.
3. Проведено аналіз проєкту Закону «Про систему громадського здоров'я» як майбутнього центрального нормативно-правового акту системи громадського здоров'я в Україні.
4. Досліджено та проведено аналіз становлення і розвитку регіональних центрів контролю та профілактики хвороб як важливих суб'єктів системи громадського здоров'я в Україні на прикладі Державної установи «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України».
5. Вивчено та проведено аналіз реагування системи громадського здоров'я на виклики, пов'язані із збройною агресією Російської Федерації проти України з врахуванням досвіду та діяльності Державної установи «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України».
6. Проведено аналіз шляхів вирішення актуальних проблем трансформації системи громадського здоров'я в Україні.
7. Організовано та проведено опитування у соціальній мережі FACEBOOK (META) учасників групи «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я. PUBLIC HEALTH» за опитувальником «Оцінювання основних тенденцій розвитку системи громадського здоров'я в Україні, проблем громадського здоров'я, ефективності промоції здоров'я, інформування і санітарно-гігієнічного виховання та шляхів їх вирішення в соціальних мережах».

8. Проаналізовано результати опитування, зокрема визначено думку учасників групи щодо основних тенденцій розвитку системи громадського здоров'я, проблем та шляхів їх вирішення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. АМУ: проект Закону «Про систему громадського здоров'я» мав би врахувати уроки пандемії COVID-19 - Режим доступу: <https://auc.org.ua/novyna/amu-proekt-zakonu-pro-systemu-gromadskogo-zdorovya-mav-vrahuvaty-uroky-pandemiyi-covid-19>
2. Белікова І.В. Громадське здоров'я, функції та послуги. Здоров'я населення: основні детермінанти. Українська медична стоматологічна академія. 2019. – С. 9.
3. Васюк Н.О., Голосай К.С., Сокурєнко Н.Б. Розвиток системи громадського здоров'я в Україні: організаційно-правові засади. Інвестиції: практика та досвід № 1/2022. - Режим доступу: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7746&i=12>
4. В Україні впроваджують електронну систему спостереження за інфекційними захворюваннями - Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/news/v-ukraini-vprovadzhujut-elektronnu-sistemu-sposterezhennja-za-infekciijnimi-zahvorjuvannjami>
5. Гайдай Л.І. Історія України в особах, термінах, назвах і поняттях (від найдавніших часів до Хмельниччини). Луцьк: «Вежа» Волинського держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2000. 436 с.
6. Гігієнічна наука на теренах України в умовах соціально- політичних трансформацій другої половини ХІХ – 20-х рр. ХХ століття: історіографія Н. І. Коцур - Режим доступу: https://www.dnu.dp.ua/docs/visnik/fistor/program_5f71904a4565b.pdf
7. Гончарук Є.Г., Бардов В.Г., Гаркавий С.І. Комунальна гігієна. Київ: Здоров'я, 2003. 728 с.
8. Громадське здоров'я: підручник для студентів вищих мед. навч. закладів / В.Ф. Москаленко та ін. 3-те вид. Вінниця: Нова книга, 2013. 560с.

9. Грузєва Т. С. Забезпечення рівності і справедливості в охороні здоров'я – стратегічна мета нової Європейської політики «Здоров'я-2020». Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2012. № 2–3 (18–19). С. 87–91.
10. Даценко І.І., Денисюк О.Б., Долошицький С.Л. Загальна гігієна. Львів: Світ, 2001. 472 с.
11. «Деякі питання забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення під час ліквідації наслідків збройної агресії Російської Федерації проти України», наказ МОЗ України від 08.04.2022 № 597. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0597282-22#Text>
12. Дослідження: За останній рік кількість українців в соцмережах зросла на 7 млн і досягла 60% населення країни. - Режим доступу: <https://itc.ua/news/doslidzhennya-za-ostannij-rik-kilkist-ukra%D1%97ncziv-v-socmerezah-zrosla-na-7-mln-i-dosyagla-60-naselennya-kra%D1%97ni/>)
13. Європейські експерти проаналізували законодавство України у сфері охорони здоров'я. - Режим доступу: <https://www.prostir.ua/?news=evropejski-eksperty-proanalizuvaly-zakonodavstvo-ukrajiny-u-sferi-ohorony-zdorovya>
14. З 1 ЛИПНЯ В УКРАЇНІ ЗАПРАЦЮЮТЬ ЦЕНТРИ КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ - Режим доступу: https://www.phc.org.ua/news/z-1-lipnya-v-ukraini-zapracuyuyut-centri-kontrolyu-ta-profilaktikikhvorob?fbclid=IwAR0psHjeLh_ja--W6NIBeuQVv1u2axV3o73Yg07lTfCRHSZCzK7zuqGqPQg
15. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text>.
16. Закон України «Про Про захист населення від інфекційних хвороб». Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 29, ст. 228.

17. Законодавче та нормативне забезпечення діяльності з формування здорового способу життя. О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова, Р. Левін, І. Солоненко, О. Яременко. - Режим доступу: <http://www.health.gov.ua/Publ/conf.nsf/50e0ce97d91c75b3c2256d8f0025c386/39db46894f4d5a16c2256ddc003c6a90?OpenDocument>
18. Звіт «Індекс здоров'я. Україна – 2019». - Режим доступу: http://health-index.com.ua/HI_Report_2019_Preview.pdf
19. Концепція розвитку системи громадського здоров'я, затверджена розпорядженням Кабінет Міністрів України № 1002-р. від 30.11.2016 р. Офіційний вісник України. 2017. № 1. С. 71.
20. Корвецький О. Розбудова системи громадського здоров'я як пріоритет публічної політики України / О. Корвецький, Л. Бондарева // Актуальні проблеми державного управління. - 2019. - Вип. 1. - С. 67-71. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apdyo_2019_1_13
21. Кравченко С.В. Сучасний стан та перспективи удосконалення системи інформаційно-аналітичної підтримки органів державної влади, що формують державну політику в сфері громадського здоров'я. Том 1 № 4 (2021): Україна. Здоров'я нації. - Режим доступу: <http://healty-nation.uzhnu.edu.ua/article/view/247001>
22. Лук'ян Маринжа. Земська медицина в Україні. - Режим доступу: <http://health-ua.com/article/17638-zemska-meditcina-v-ukran>.
23. Макаренко М.В. ІСТОРИЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ НАСЕЛЕННЯ. Право та державне управління. Випуск № 1, 2021 р. - Режим доступу: <http://pdu-journal.kpu.zp.ua/issue-1-2021>
24. Макаренко М.В. Наукові підходи до організації профілактичних заходів в умовах нестабільної епідемічної ситуації. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 6. - Режим доступу: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=2107> (дата звернення: 06.05.2022). DOI: 10.32702/2307-2156-2021.6.34

25. Марків – Буковська Н.П., «Становлення Державної установи «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» як основної інформаційно-роз'яснювальної та комунікативної інституції з питань громадського здоров'я та профілактики хвороб в Тернопільській області». Громадське здоров'я в глобальному та регіональному просторі – виклики в умовах пандемії COVID-19 та перспективи розвитку: матеріали Третього міжнар. укр.-нім. симп. з громад. здоров'я, 22–24 верес. 2021 р. – Тернопіль : ТНМУ, 2021. – 64 с.
26. Медична реформа. - Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>
27. Москаленко В.Ф., Яворівський А.П. О.В. Корчак-Чепурківський – один із засновників національної системи охорони здоров'я як складника українського державотворення. Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. 2012. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/nvntmu_2012_4_7.pdf.
28. Операційний посібник «Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я». Центр громадського здоров'я МОЗ України. 2020. 60 с. С. 19.
29. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України N 2802-XII від 19.11.92. - Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2801-12>.
30. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)» від 28.03.2020 № 722 - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0722282-20#Text>
31. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про деякі питання організаційної діяльності державних установ – лабораторних центрів Міністерства охорони здоров'я України» від 02.06.2021 р. №1103

Міністерство охорони здоров'я України. - Режим доступу: <http://oolc.od.ua/%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8-2/%D0%BD%D0%B0%D0%BA%D0%B0%D0%B7/>

32. Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Порядку ведення обліку, звітності та епідеміологічного нагляду (спостереження) за інфекційними хворобами та Переліку інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації» від 30.07.2020 № 1726 - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1332-20#Text>.

33. Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Порядку проведення обстеження (моніторингу) у місцях тимчасового перебування внутрішньо переміщених осіб у зв'язку зі збройною агресією Російської Федерації» від 06.04.2022 № 584. - Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE37744.html

34. Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» від 18.09.2015 р. №604 - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0604282-15#Text>.

35. Національна технічна група експертів з питань імунопрофілактики (НТГЕІ). Центр громадського здоров'я МОЗ України. - Режим доступу: <https://www.phc.org.ua/pro-centr/ntgei>.

36. Паничев В., Марків-Буковська Н. Професійний і правовий статус керівників підрозділів та головних спеціалістів. СЕС. Профілакт. медицина: науково виробниче видання. - К.: "Видавництво "Авангард Стиль", 2013. - N 4. - С. 18-20 (Суpher СУ29/2013/4)

37. Піняжко Р.О., Любінець О.В. З історії організації медико-санітарної служби Української Народної Республіки. Україна. Здоров'я нації. 2013. № 1 (25) С. 125–129.

38. Положення про функціональну підсистему медичного захисту населення, затведжене наказом Міністерства охорони здоров'я України від

- 25 березня 2019 року №667 - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0423-19#Text>
39. Поперечна Д., Осадча Я., «Мої цього їсти не будуть»: як змінилося харчування у школах, що (не)так з меню і як привчити дітей до здорової їжі - Режим доступу: <https://life.pravda.com.ua/society/2022/01/21/247223/>
40. План заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я, затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 18 серпня 2017 року № 560-р. Урядовий кур'єр. 2017. № 157.
41. Постанова Кабінету Міністрів України «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» від 10.09.2014 р. №442 Офіційний вісник України. 2014. № 74. С. 57.
42. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби» від 29.03.2017 р. №348 Офіційний вісник України. 2017. № 43. С. 10.
43. Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Постанови Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1121» від 17.02.2021 р. № 106. Офіційний вісник України. 2021. № 16. С. 117.
44. Постанова Кабінету Міністрів України «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/442-2014-%D0%BF>.
45. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про Державну службу України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/667-2015%D0%BF>.
46. Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для виконання програми «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» від 9 лютого 2022 р. № 103 – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/103-2022-%D0%BF#Text>.

47. Питання Державної служби з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 6 квітня 2016 року № 260-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua>
48. Пояснювальна записка до Постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Постанови Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1121». Офіційний сайт Кабінету Міністрів України. http://materialy.kmu.gov.ua/165d0c05/docs/699e8a55/Poyasnyuvalna_zapiska.pdf.
49. Примірний Статут Центру громадського здоров'я (обласного, міст Києва та Севастополя), затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.11.2018 р. №2012. - Режим доступу: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ30357>.
50. «Про систему громадського здоров'я»: проєкт закону України. - Режим доступу: https://moz.gov.ua/uploads/1/5636_pro_20180620_1.pdf.
51. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»: Указ Президента України від 12.01.2015 р. № 5/2015. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>.
52. Профілактична медицина як важлива складова громадського здоров'я / О. В. Лотоцька, В. А. Кондратюк, О. М. Сопель та ін. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2019. – № 2 (80). – С. 40–43.5.
53. Про Центр. Центр громадського здоров'я МОЗ України. - Режим доступу: <https://www.phc.org.ua/pro-centr>.
54. Проєкти. Український інститут політики громадського здоров'я. - Режим доступу: <https://www.uiphp.org.ua/uk/proekty/potochni-proekty?limitstart=0>.
55. Публічні консультації Громадське здоров'я та кадрові ресурси системи охорони здоров'я. - Режим доступу: <https://moz.gov.ua/medichnim-pracivnikam>.
56. Пушкар М.П. Основи гігієни. Київ: Олімпійська література, 2004. 92 с.

57. Розділ «ГРОМАДЯНАМ» на офіційному сайті МОЗ України - Режим доступу: <https://moz.gov.ua/gromadjanam>
58. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про визначення окремих повноважень заступника Міністра охорони здоров'я – головного державного санітарного лікаря України Кузіна Ігоря Володимировича» № 713-р від 30.06.2021 р. Офіційний вісник України. 2021. № 54. С. 159.
59. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про визначення окремих повноважень заступника Міністра охорони здоров'я – головного державного санітарного лікаря України Ляшка Віктора Кириловича» №285-р від 14.03.2020 р. Урядовий кур'єр. 2020. № 69.
60. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Питання Міністерства охорони здоров'я» від 2.09.2015 р. №909-р Офіційний вісник України. 2015. № 73. С. 62.
61. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції підвищення рівня хімічної безпеки до 2026 року» від 26 квітня 2022 року № 314-р. - Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-planu-zahodiv-z-realizaciyi-konserciji-pidvishchennya-rivnya-himichnoyi-bezpeki-do-2026-roku-314-260422>
62. Регіональні ЦГЗ. Центр громадського здоров'я МОЗ України. - Режим доступу: <https://phc.org.ua/regionalni-cgz>.
63. Симпозіум «Моніторинг основних факторів ризику неінфекційних захворювань – запорука здоров'я населення України» до Дня науки. - Режим доступу: <http://amnu.gov.ua/symposium-monitoring-osnovnyh-faktoriv-ryziku-neinfekcijnyh-zahvoryuvan-zaporuka-zdorovya-naselennya-ukrayiny-do-dnya-nauky/>
64. Слабкий Г. О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст / Г. О. Слабкий, В. І. Миронюк, Л. О. Качала // Україна.

- Здоров'я нації. - 2017. - № 3. - С. 24-31. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_3_8
65. Слободян Н. О. Проблемні аспекти формування системи громадського здоров'я в Україні / Н. О. Слободян // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2019. – № 2 (80). – С. 94–99.6.
66. Статут ДУ «Тернопільський ОЦКПХ МОЗ», затверджений наказом МОЗ України від 02.06.2021р. №1103.
67. Статут Центру громадського здоров'я МОЗ України 2021 р. - Режим доступу: https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Statut_2021_03.09.2021_1870.pdf.
68. Ступак Ф.Я. Історія медицини. Київ : «Книга-плюс», 2015. 174 с.
69. Субботін Віктор Андрійович. Матеріал з Вікіпедії — вільної енциклопедії. - Режим доступу: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%83%D0%B1%D0%B1%D0%BE%D1%82%D1%96%D0%BD_%D0%92%D1%96%D0%BA%D1%82%D0%BE%D1%80_%D0%90%D0%BD%D0%B4%D1%80%D1%96%D0%B9%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87
70. Сучасні аспекти організації паліативної та хоспісної допомоги в Україні в умовах реформування медичної галузі. Г.С. Сатурська, І.М.Шишацька, О.В. Сатурський, Д.М. Коллінс, Н.П. Марків-Буковська // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021, №1, С. 33-39.
71. Український інститут національної пам'яті. Інформаційні матеріали до 160-річчя від дня народження Овксентія Корчак-Чепурківського. Режим доступу: <https://old.uinp.gov.ua/methodicmaterial/informatsiini-materiali-do-160-richchyavid-dnya-narodzhennya-ovksentiyakorchak-ch>. 229 Право та державне управління
72. Український центр суспільних даних. Просто цифри. Хто, де, і від чого помирає в Україні. - Режим доступу: https://socialdata.org.ua/prosto_cyfy/

73. Уряд затвердив Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. - Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-nacionalnogo-planu-zahodiv-shchodo-neinfekcijnih-zahvoryuvan-dlya-dosyagnennya-globalnih-cilej-stalogo-rozvitku>
74. Урядовий портал. МОЗ України разом з міжнародними партнерами обговорили орієнтири розвитку до 2030 року. - Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-ukrayini-razom-z-mizhnarodnimi-partnerami-obgovorili-oriyentiri-rozvitku-do-2030-roku>
75. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Установчі документи [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://phc.org.ua/pro-centr/ustanovchi-dokumenty>.
76. Чайчук О.Т. «ОСНОВНІ ПЕРСПЕКТИВИ І НАПРЯМКИ СТАНОВЛЕННЯ ОБЛАСНИХ ЦЕНТРІВ КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ НА ПРИКЛАДІ ДЕРЖАВНОЇ УСТАНОВИ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ». Громадське здоров'я в глобальному та регіональному просторі – виклики в умовах пандемії COVID-19 та перспективи розвитку: матеріали Третього міжнар. укр.-нім. симп. з громад. здоров'я, 22–24 верес. 2021 р. – Тернопіль: ТНМУ, 2021. – 64 с.
77. Що таке громадське здоров'я? Міністерство охорони здоров'я України (5.12.2016 р.) - Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/news/scho-take-gromadske-zdorovja>.
78. Юрочко Т. Бубенчикова С. Реформування та розвиток системи охорони здоров'я в Україні. — 2019. - Режим доступу: https://rpr.org.ua/wpcontent/uploads/2019/04/Fin_11.Toronto_Ohorona_zdorovya.pdf.
79. Ашхабадская декларация по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики

- Здоровье-2020. - Режим доступа:
<https://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/ashgabat-declaration-on-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020>
80. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). 52 с.
81. Марзеев А.Н. Санитарное и эпидемическое состояние Украины и деятельность санитарной организации. Всеукраинский Санитарный Совет. 15–20 мая 1926 г. Харьков : НКЗ УССР, 1926. С. 5–14.
82. Cyril, S., Smith, B. J., Possamai-Inesedy, A., &Renzaho, A. M. (2015). Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. *Global health action*, 8, 29842. doi:10.3402/gha.v8.29842
83. Edwards, R.T., Charles, J.M. & Lloyd-Williams, H. (2013). Public health economics: a systematic review of guidance for the economic evaluation of public health interventions and discussion of key methodological issues. *BMC Public Health* 13, 1001 doi:10.1186/1471-2458-13-1001
84. Ewert, Ulf Christian, «Water, Public Hygiene and Fire Control in Medieval Towns: Facing Collective Goods Problems while Ensuring the Quality of Life », *Historical Social Research/Historische Sozialforschung* 32, 2007
85. Geltner, G. (2019). «The Path to Pistoia: Urban Hygiene Before the Black Death». *Past & Present*. 246: 3–33. doi:10.1093/pastj/gtz028
86. «John Graunt: A Tercentury Tribute». Sutherland, Ian (1963). *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (General)*. 126 (4): 537–556. doi:10.2307/2982578. JSTOR 2982578
87. Markiv-Bukovska N., Shulhai A, Saturska H. Monitoring The Incidence and Prevalence of Diseases in Ukraine, Registers of Infectious and Non-Infectious Diseases // Akkon Schriftenreihe Band 5. Public Health in Ukraine.

Akkon Hochschule für Humanwissenschaften / Institute for Research in International Assistance (IRIA). September 2021. Pp. 90-102.

88. Mehtab H, Muhammad F, M, Asma J, Sidra A, Nayab A, Sharon Z, & Jaweria H. (2017). Water pollution and human health. Retrieved from <https://www.alliedacademies.org/articles/water-pollution-and-human-health-7925.html>

89. Moradi S. Medical education is all about public health: to what extent is this claim true? *Res Dev Med Educ.* 2019;8(2):x-x. doi: 10.15171/rdme.2019.0xx

90. Rhodes, P & Bryant, J. H. (2019). Public Health. In *Encyclopedia Britannica*. Retrieved from <https://www.britannica.com/topic/public-health>

91. Satsurska H, Kollins D, Markiv-Bukovska N. Palliative Care in Ukraine in the Conditions of Medical Reform // Akkon Schriftenreihe Band 5. Public Health in Ukraine. Akkon Hochschule für Humanwissenschaften / Institute for Research in International Assistance (IRIA). September 2021. Pp. 34-42.

92. Satsurska H, Shulhai A, Terenda N, Panchyshyn N. Public Health In Ukraine // Akkon Schriftenreihe Band 5. Public Health in Ukraine. Akkon Hochschule für Humanwissenschaften / Institute for Research in International Assistance (IRIA). – September 2021. – Pp. 12-18.

93. Shulhai, A. H., Satsurska, H. S., Satsurskyi, O. V., Terenda, N. O., Panchyshyn, N. Y., & Petrashyk, Y. M. (2021). КОНЦЕПЦІЯ ТА СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (3), 31–35. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.3.12623>

94. Tulchinsky, H.T & Varavikova, E.A. (2014). *A History of Public Health. The New Public Health (3rd Edition)*. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/history-of-public-health>

95. United Nations. General Assembly: 217 A (III). Universal Declaration of Human Rights. [cited 2016 April 09]. Available from: <http://www.un-documents.net/a3r217a.htm>.

96. University of Pittsburgh Graduate School of Public Health. (2019). What is the definition of PublicHealth? Retrieved from <https://www.publichealth.pitt.edu/careers/what-is-public-health>
97. Winslow, Charles-Edward Amory (1920). The Untilled Field of Public Health. *Modern Medicine* 2: 183–191.
98. «What is Public Health». Centers for Disease Control Foundation. Atlanta, GA: Centers for Disease Control. Retrieved 27 January 2017.
99. What is the WHO definition of health? from the Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. The definition has not been amended since 1948.
100. World Health Organization. (n.d) Community Engagement. Retrieved from <https://www.who.int/risk-communication/training/Module-B5.pdf>
101. WHO, International Health Regulations. Retrieved from: https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1
102. World Health Organization. STEPwise Approach to NCD Risk Factor Surveillance (STEPS) Retrieved from <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>

ДОДАТОК 1

Опитувальник для учасників групи «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я. PUBLIC HEALTH» у соціальній мережі FACEBOOK (META)

«Оцінювання основних тенденцій розвитку системи громадського здоров'я в Україні, проблем громадського здоров'я, ефективності промоції здоров'я, інформування і санітарно-гігієнічного виховання та шляхів їх вирішення в соціальних мережах».

1. Ваша стать:

- 1) жінка
- 2) чоловік
- 3) небінарна особа

2. Ваша освіта:

- 1) середня
- 2) середня спеціальна
- 3) неповна вища / вища
- 4) інше

3. Зараз ви проживаєте у:

- 1) великому місті
- 2) малому місті
- 3) смт
- 4) селі

1-й блок - «оцінювання основних тенденцій розвитку системи громадського здоров'я».

4. Як Ви можете оцінити зміни у санітарному та епідеміологічному стані населення України у період до введення карантину через COVID-19 внаслідок ліквідації санітарно-епідеміологічної служби як окремого центрального органу виконавчої влади та перерозподілу її функцій між іншими органами?

- 1) мені про це нічого не відомо
- 2) погіршився

3) покращився

4) залишився без змін

5) інше

5. Чи сприяла погіршенню теперішньої епідемічної ситуації в Україні, в умовах поширення пандемії COVID-19, ліквідація санітарно-епідемічної служби як центрального органу виконавчої влади та перерозподілу її функцій між іншими органами?

1) так

2) ні

3) інше

6. Чи потрібно відновити діяльність санітарно-епідеміологічної служби як окремого центрального органу виконавчої влади, що існував в Україні до 2017 р.?

1) так

2) ні

3) інше

7. Який орган має здійснювати інфекційний нагляд і контроль в Україні в умовах відсутності санітарно-епідеміологічної служби як центрального органу виконавчої влади?

1) Головний державний санітарний лікар України

2) заклади охорони здоров'я (лікарні, поліклініки, шпиталі, медичні лабораторії)

3) місцеві органи центральної влади та органи місцевого самоврядування

4) нова мережа спеціально створених органів зі спеціальним статусом

5) інше

2-й блок - «оцінювання основних проблем громадського здоров'я в Україні».

8. Що, на Вашу думку, представляє найбільшу загрозу для громадського здоров'я в Україні з переліченого нижче?

1) поширення інфекційних хвороб

- 2) поширення професійних захворювань
- 3) масові неінфекційні захворювання (отруєння, наприклад, продуктами харчування, алкоголем, хімічними речовинами тощо)
- 4) радіаційне ураження жителів України
- 5) інший шкідливий вплив на стан здоров'я населення (забруднення повітря, води, ґрунту тощо)
- 6) інше

9. На вашу думку, чи зменшить вакцинація населення кількість випадків захворювання на інфекційні хвороби? (істотно скоротить темпи поширення захворювання)

- 1) так
- 2) скоріше так, ніж ні
- 3) скоріше ні, ніж так
- 4) ні
- 5) інше

10. На Вашу думку, чи має бути вакцинація від коронавірусної хвороби обов'язковою?

- 1) так
- 2) ні
- 3) інше

11. За рахунок яких коштів має відбуватися така вакцинація?

- 1) за рахунок бюджетних коштів
- 2) за власний рахунок
- 3) інші джерела (наприклад, міжнародні інвестиції)
- 4) змішана система (зокрема, соціально-уразливі прошарки населення забезпечуються вакциною безкоштовно)
- 5) інше

3-й блок - «оцінювання шляхів вирішення проблем системи громадського здоров'я в Україні».

12. Який з основних напрямків формування здорового способу життя ви вважаєте найефективнішим?

- 1) сприяння запровадженню політики здоров'я
- 2) розвиток персональних навичок здорового способу життя
- 3) створення сприятливих природних і соціальних середовищ
- 4) розвиток активності громад і організацій
- 5) переорієнтація пріоритетів системи охорони здоров'я

13. Чи вважаєте ви ефективним використання бенчмаркінгу для вирішення окремих проблем системи громадського здоров'я?

- 1) так
- 2) ні
- 3) можливо, але не впевнений(-на)
- 4) мені невідомий такий термін, як «бенчмаркінг»

14. Чи змінилося, на Вашу думку, в українському суспільстві за останній рік ставлення до дотримання вимог особистої гігієни?

- 1) так
- 2) ні
- 3) важко відповісти

15. Чи підтримуєте ви стимулювання у суспільстві активних дискусій з питань громадського здоров'я за допомогою залучення «зірок», лідерів думок, релігійних діячів?

- 1) так
- 2) ні
- 3) можливо, але не впевнений(-на)
- 4) інше.