

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

**Скобляк Петро Ігорович**

На правах рукопису

УДК 614.2:351.77

Магістерська робота

**Стратегічні завдання та перспективи розвитку центрів громадського  
здоров'я в Україні**

Спеціальність 229 «Громадське здоров'я»

**Науковий керівник:**

Кандидат медичних наук, доцент

Романюк Ніна Євгенівна

**ТЕРНОПІЛЬ – 2021**

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП .....	4
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ .....	8
1.1    Історія розвитку Громадського здоров'я у світі та в Україні.....	8
1.2    Центри громадського здоров'я та їх роль у системі охорони здоров'я.....	18
1.3    Головні завдання та стратегічні напрямки роботи центрів громадського здоров'я.....	27
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	36
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	43
3.1    Моніторинг в системі громадського здоров'я.....	43
3.2    Аналіз роботи Тернопільського центру громадського здоров'я МОЗ України.....	47
3.3    Стратегічні завдання центрів громадського здоров'я.....	58
3.4    Перспектива розвитку центрів громадського здоров'я в Україні та Тернопільській області.....	71
ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78
ДОДАТКИ	

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ВООЗ – всесвітня організація охорони здоров'я

ГЗ – громадське здоров'я

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

ЦГЗ – центр громадського здоров'я

ММСП - міжнародні медико-санітарні правила

МОЗ – міністерство охорони здоров'я

ООН – організація об'єднаних націй

## ВСТУП

**Актуальність теми.** У словнику ВООЗ Громадське здоров'я (Publichealth) – це наука та практика попередження хвороб з метою збільшення тривалості життя та зміцнення здоров'я, шляхом синергійних зусиль усього суспільства. На сьогодні, існує численна кількість глобальних викликів громадському здоров'ю, на стан нашого суспільства мають суттєвий вплив неінфекційні захворювання, тому з метою попередження та профілактики виникненню хвороб, визначили фундаментальні підходи щодо вдосконалення стратегічного управління охороною громадського здоров'я в Україні шляхом створення нових структур – центрів громадського здоров'я.

В Україні система охорони здоров'я добре орієнтується на лікування захворювань, а не на їх своєчасне попередження. Більшість зусиль направлені на лікування хвороби, і лише дуже невелика її частина обіцяє збереження здоров'я.

Згідно даних Державної статистичної служби України кількість живо народжених за 2020 рік склала 293 457 дітей(осіб), а чисельність смертності була 616 835 осіб, в тому числі кількість померлих дітей у віці до 1 року становила 1988 осіб [11]. На сьогоднішній день велику загрозу для жителів нашої країни несе поширеність коронавірусної інфекції, згідно статистичних даних кількість інфікованих станом на 2 квітня 2021 в Україні налічувалося 1711630, з них померлих — 33679 особи [11].

За останні 10-15 років головною причиною смертності та інвалідності в Україні є велика група неінфекційних захворювань, таких як серцево-судинна патологія, новоутворення та різноманітні зовнішні причини смерті та інші. Великою проблемою є те, що у зв'язку з високим темпом життя (який включає стреси, малорухливий спосіб життя та проблеми з харчуванням) стають інвалідами та помирають люди працездатного віку, а це економічно не вигідно для нашої держави.

Таким чином, виходячи з вище зазначеного, актуальним питанням на сьогодні є розвиток центрів громадського здоров'я в Україні. Ці структурні

одиниці в системі громадського здоров'я займаються питаннями збільшення тривалості життя, покращення його якості та профілактикою виникнення захворювань. Також центри ГЗ займаються просвітницькою роботою з питань здоров'я, проведенням різноманітних акцій для населення, пропагандою здорового способу життя, важливістю правильного харчування, яке відіграє ключову роль у нашому житті. Центри ГЗ виконують профілактичні, науково-педагогічні та організаційно-методичні функції у галузі охорони здоров'я з метою забезпечення якості лікування хворих на соціально небезпечні захворювання, зокрема COVID-19, ВІЛ/СНІД, туберкульоз, вірусні гепатити, наркозалежність, тощо.

Отже, центри громадського здоров'я беруть участь у забезпеченні регуляторної політики та співпрацюють з іншими міністерствами, науково-дослідними установами, міжнародними громадськими організаціями, що працюють у сфері громадського здоров'я та протидіють соціально небезпечним захворюванням [21].

**Мета роботи.** Мета дослідження полягає в розробці концептуальних підходів до організації та здійснення стратегічних завдань, визначення перспектив розвитку центрів громадського здоров'я в Україні з урахуванням глобальних викликів і системних змін.

**Завдання:**

1. Проаналізувати вітчизняну та зарубіжну літературу з питань перспектив розвитку центрів громадського здоров'я.

2. Визначити концептуальні підходи до організаційних засад створення центрів громадського здоров'я.

3. Вивчити структурні підрозділи, нормативно-правову базу функціонування центрів ГЗ на прикладі Тернопільського ЦГЗ та його оперативні функції.

4. Встановити основні стратегічні завдання та розвиток Тернопільського центру громадського здоров'я.

**Об'єкт дослідження:** функціональна діяльність Тернопільського центру громадського здоров'я.

**Предмет дослідження:** стратегічні завдання Тернопільського центру громадського здоров'я, основні оперативні функції центру громадського здоров'я, концептуальні підходи до організаційних засад створення центрів громадського здоров'я.

**Методи дослідження:** вивчення статистичних даних, метод експертних оцінок (оцінка якості та ефективності роботи центру громадського здоров'я), епідеміологічний метод, системний аналіз.

**Наукова новизна.** Вперше проведено поглиблений порівняльний аналіз діяльності центру громадського здоров'я, аналіз перспектив розвитку центрів громадського здоров'я в Україні та вивчення його основних напрямків роботи. Визначено перспективи розвитку центрів громадського здоров'я в Україні.

**Практична значущість.** Встановлені концептуальні підходи до організаційних засад створення центрів громадського здоров'я, визначені закономірності та особливості розвитку центрів громадського здоров'я, які дадуть змогу практичній охороні здоров'я розробити комплекс заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я людської популяції шляхом забезпечення дієвого стратегічного управління у сфері громадського здоров'я, профілактики та соціально-медичного моніторингу захворювань, здійснення заходів стосовно епідеміологічного нагляду та біологічної безпеки, боротьби з епідеміями як інфекційних, так і неінфекційних хронічних захворювань.

**Апробація результатів роботи.** Основні положення оприлюднені на наукових міжкафедральних конференціях, конгресах, на обласних науково-практичних конференціях. Матеріали наукової роботи представлені у таких працях: стаття Стратегічні завдання та перспективи розвитку центрів громадського здоров'я, Роль державних інституцій у контролі епідемічної ситуації в умовах пандемії COVID-19 / Романюк Л.М., Романюк Н.Є., Скобляк П.І. // Матеріали Другого міжнародного україно-німецького симпозиуму з громадського здоров'я «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому

просторі – виклики сьогодення і перспективи розвитку», 22-24 вересня 2020р. –  
Тернопіль, 2020. – С.8-10.

## РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

### 1.1. Історія розвитку громадського здоров'я у світі та в Україні

Історія розвитку громадського здоров'я у світі безпосередньо пов'язана зі зміною людського мислення про здоров'я. Ще з давніх давен стародавні суспільства починали запідозрювати про глибокий зв'язок між санітарією та здоров'ям, а також роллю харчування, фізичних вправ та гігієни тіла людини. Святість людського життя, яка встановила відповідальність людини за збереження життя та оздоровлення світу, лежить в основі закону Мойсея (1500 р. до н. е.). На етичну та наукову основу медицини також вплинули праці Гіппократа (IV ст. до н. е.). Фізична активність, особиста гігієна, раціональне харчування, санітарія, а також обов'язок суспільства щодо піклування про неповноправних громадян – усе це, сягає часів давніх племен [41].

Численна кількість наукових досліджень доводять існування глибоких та давніх традицій в системі охорони здоров'я на теренах українських земель. Науковці наводять матеріали, датовані періодом розцвіту Київської Русі, яка свого часу досягнула високого рівня санітарної культури населення: народ мився та лікувався у лазнях, у містах були організовані каналізаційні системи та водопостачання. Влада Київської Русі підтримувала лікарні при церквах та при монастирях, а тодішні меценати навіть виділяли кошти на утримання цих закладів. Світська влада підтримувала церкву і в свою чергу опікувалася хворими та каліками, приділяла увагу запобіганню епідеміям, наглядала за джерелами водопостачання та забезпечувала нагляд за санітарним станом ринків. В свою чергу поряд з народною медициною активно розвивалась монастирська медицина [4].

Як свідчать дані зарубіжної та вітчизняної літератури, завдяки гіркому досвіду пандемій прокази, віспи, чуми, кору, сифілісу та інших інфекційних захворювань, суспільство усвідомило потребу захищати себе шляхом запобігання зараженню чи передачі інфекційних хвороб. Для протидії розповсюдження інфекційних хвороб запроваджували заходи контролю, а саме: ізоляцію інфікованих людей від суспільства, а також людей які мали подібні



симптоми, карантини, закриття громадських закладів, заборону на масові збори під час епідемії.

XIX століття є багатим на наукові відкриття, які назавжди увійдуть в історію розвитку громадського здоров'я. Французький хімік і мікробіолог Луї Пастер, німецькі вчені Юлій Конн і Роберт Кох – розробили методи виділення і класифікацій бактерій. Луї Пастер встановив принципи дії вакцини і таким чином стимулював інтерес до механізмів імунітету. Англійський хірург Джозеф Лістер запровадив концепцію антисептичної хірургії, а лікар Рональд Росс зробив перший важливий крок у вивченні малярії, відкривши початкові стадії розвитку збудника малярії – комара. Американські вчені Вальтер Рід і Джеймс Керролл визначили, що жовта лихоманка викликана фільтруючим вірусом, який переносять комарі [2].

На початку XX ст. американська медсестра, яка боролася за права людини Лілліана Уолд впровадила медсестринський нагляд для пацієнтів та іммігрантів у Нью-Йорку. Завдяки її зусиллям, тепер ми розуміємо, що просвітницька робота, догляд на дому та профілактична робота всіма категоріями та напрямками медичних працівників держави є основою сучасного громадського здоров'я.

На основі наукових досліджень в епоху Просвітництва з'явилися різноманітні спостереження, філософія яких була сильно пов'язана з релігійними та духовними мотивами. Ця концепція, стала основою для клінічних і наукових спостережень, що ведуть до успіхів громадського здоров'я за останні два століття.

Епідеміологічний метод дослідження привів до впровадження послуг громадського здоров'я ще до того, як було визначено біологічну основу хвороби. Санітарія для попередження розвитку захворювань була прийнята та впроваджена в багатьох стародавніх суспільствах і виконувалась, як частина громадських та релігійних зобов'язань.

Значний науковий прорив у розвитку громадського здоров'я відбувся завдяки відкриттю Едвардом Дженнером вакцинації для попередження віспи та

дослідження Джона Сноу холери в Лондоні, продемонстрували механізми поширення хвороби.

Ретроспективно Сноу зробив кілька важливих внесків у розвиток епідеміологічного мислення: він запропонував нову гіпотезу про те, як передається холера, він систематично перевіряв цю гіпотезу, проводячи порівняння між групами людей, він надав докази зв'язку між випивкою з колодязя та хворим на холеру, а також він аргументував втручання, яке запобігло додатковим випадкам зараження (зняття ручки насоса).

Результати досліджень зрештою були прийняті, та внесли неабиякий внесок сформуванню основну методологію громадського здоров'я.

Багато в чому громадське здоров'я, як ми думаємо про нього сьогодні (тобто як функція нашого уряду), сформувалося в Лондоні та Парижі після руйнівних наслідків для здоров'я промислової революції. Однак обставини, що спонукали до розвитку охорони здоров'я як дисципліни, є складнішими з багатьма чинниками, що сприяють цьому.

По-перше, існувало уявлення про важливість монархії та могутності держави. Вплив та могутність держави можна оцінити різними способами, включаючи торгівлю та трейдин, а також за кількістю населення, станом їхнього здоров'я та працездатності працюючого населення. Це грубе уявлення зробило роботу Джона Граунта досить переконливою, і значення, яке надавалося "численню людей", зростало.

Не дивно, що Генеральна служба реєстрації була створена в 1837 році для обов'язкової реєстрації народжень, смертей та шлюбів в Англії та Уельсі. Д-р Вільям Фарр був призначений головним статистом.

Другим фактором було виникнення Просвітництва у 18 столітті. На початку 1800-х років Джеремі Бентам та його учні розробили філософію утилітаризму, яка послужила теоретичним підґрунтям для політики охорони здоров'я та більш широкої соціальної політики. Однією з тем було те, що зменшення смертності та поліпшення стану здоров'я мали економічне значення для суспільства. Здорові працівники могли більше сприяти економіці держави.

Ще одним фактором було визнання того, що погане здоров'я є тягарем, який непропорційно лягає на бідних. Паризький терапевт Віллерме помітив, що рівень смертності в різних районах Парижу дуже відрізнявся. Він намагався співвіднести смертність із віддаленістю округу від річки Сени, зв'язком вулиць із переважаючими вітрами, джерелом води округу та місцевими кліматичними факторами, такими як тип ґрунту, вплив сонця, висота та нахил округ. Жодне з цих речей не корелювало. Однак, коли він використовував податкові ставки як показник багатства, Віллерме виявив вражаючу кореляцію з рівнем смертності.

Ці відносини зберігаються століттями і є потужним провісником здоров'я. У 1842 році сер Едвін Чадвік, соціальний реформатор, опублікував доповідь під назвою "Звіт про санітарні умови трудового населення Великобританії", в якій доводиться, що тривалість життя в містах значно нижча, ніж у сільській місцевості. Чедвік стверджував, що уряд може покращити життя людей шляхом реформ. Він дійшов висновку, що насправді потрібно було не більше медиків, а інженерів-будівельників, щоб забезпечити дренаж вулиць та розробити більш ефективні способи подачі чистої води та видалення стічних вод та інших шкідливих речовин.

Ці соціальні, економічні, політичні та філософські події сприяли появі ідеї про те, що здоров'я населення є законним інтересом уряду. Цікаво відзначити, що багато прихильників "санітарної ідеї", включаючи Едвіна Чадвіка, були "міазматиками", які дотримувалися віри, що хвороба викликана вдиханням неприємних парів. Оскільки стічні води та сміття неприємно пахли, вони були пов'язані з хворобами, тож міазматисти намагалися очистити навколишнє середовище. І незважаючи на те, що їхня віра в міазми виявиться неправильною, кінцевим результатом стало те, що багато джерел інфекційних хвороб були видалені[59].

Чедвік зіграв важливу роль у створенні центральної адміністрації охорони здоров'я, яка проклала шлях для водовідведення, каналізації, вивезення сміття, регулювання житла та норм, що стосуються неприємностей та образливих торгів. Ця "санітарна ідея" призвела до значних поліпшень стану здоров'я та

самопочуття, значне зниження смертності від туберкульозу з середини 19 століття до середини 20 століття [59].

У 1920—1930 рр. в Україні сформувалися два центри розвитку громадського здоров'я як науки та предмету викладання. З них вийшли вчені, які суттєво збагатили даний науковий напрям. Харківський центр на чолі з С. А. Томіліним висунув М. Г. Гуревича, З. А. Гуревича, І. Арнольдї, А. М. Меркова, П. Т. Петрова, С. М. Єскеля та інших. Київський центр, який очолював С. С. Каган, виховав Б. М. Шкляра, І. І. Овсієнко, К. Ф. Дупленка, Є. Я. Беліцьку, Л. Г. Лекарева та інших.

Особливістю цих років була тенденція до координації зусиль усіх соціально-медичних закладів з метою поглиблення досліджень.

Науковим обґрунтуванням питань практичної охорони здоров'я займався створений у Харкові в 1930 р. Український державний інститут охорони здоров'я, який з 1933 р. перейменовано у Всеукраїнський інститут соціалістичної охорони здоров'я. Ця наукова установа здійснювала теоретичне обґрунтування заходів охорони здоров'я та стала методичним центром соціально-медичних досліджень. У 1934 р. в Українському демографічному інституті було створено відділ санітарної статистики, згодом заклад перейменовано в Інститут демографії і санітарної статистики [49].

У 30-ті рр. ХХ ст. вийшли друком перші українські підручники з громадського здоров'я: С. С. Каган «Нариси з теорії соціальної гігієни» (1932р.), С. А. Томілін та А. М. Мерков «Соціальна гігієна» (1933р.), А. М. Мерков «Загальна теорія санітарної статистики» (1935 р.), Л. А. Абрамович, М. І. Камінський, П. Т. Петров «Практикум із санітарної статистики» (1940 р.).

До початку 30-х рр. ХХ ст. в Україні було накопичено значний досвід розробки питань теорії та практики громадського здоров'я. Проте, починаючи з середини 30-х рр. ХХ ст., громадське здоров'я як наука стала предметом жорсткої критики, яка супроводжувалася недооцінкою значення соціально-гігієнічних досліджень для теорії і практики охорони здоров'я.

У 1934 р. було ліквідовано низку науково-дослідних інститутів, у 1937 р. закрито Всеукраїнський інститут соціалістичної охорони здоров'я, у 1938 р. — Інститут демографії і санітарної статистики.

З 1937 р. перестав виходити журнал «Профілактична медицина», який видавався з 1922 р. У цей період було репресовано ряд видатних фахівців з громадського здоров'я.

У 1941 р. кафедри соціальної гігієни було перейменовано в кафедри організації охорони здоров'я з відповідним скороченням кола їхніх завдань.

Із 1966 р. громадське здоров'я було відновлено як науку та предмет викладання, а кафедри перейменовано в кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я [56].

Із 1997 р. відновлено роботу провідної науково-дослідної установи України з питань громадського здоров'я — Українського інституту громадського здоров'я, який сьогодні має назву «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Оскільки переважною дефініцією предмета в той час була «соціальна медицина та організація охорони здоров'я», відповідну назву в останні десятиліття ХХ ст. отримали кафедри у вищих навчальних закладах України.

Із 2011 р. змінено назву навчальної дисципліни з «соціальна медицина та організація охорони здоров'я» на «громадське здоров'я» згідно з рішенням наради завідувачів однопрофільних кафедр вищих медичних навчальних закладів України та вищих навчальних закладів, у структурі яких є медичні факультети [4].

Завдяки численним науковим дослідженням та титанічній праці науковців у галузі громадського здоров'я на сьогоднішній день прийнято цілий ряд нормативно-правових документів міжнародного значення. 12 вересня 1987р. в Алма-Аті на міжнародній конференції з питань громадського здоров'я була прийнята декларація ВООЗ. Вона вказувала на негайне впровадження заходів з боку усіх урядів, та усіх працівників сфери охорони здоров'я та всієї світової спільноти з метою зміцнення та охорони здоров'я всіх народів світу. У ній

наголошувалось, що здоров'я неможливе без первинної медико-санітарної допомоги, яка повинна бути доступна всім верствам населення [4].

21 листопада 1986 р. в Оттаві відбулася перша міжнародна конференція з питань зміцнення здоров'я, на якій було представлено Хартію зі зміцнення здоров'я заплановану до 2000 р. Дана конференція стала відповіддю на запити суспільства у контексті нового руху з громадського здоров'я у світі [4].

В цій Хартії визначено, що ведення здорового способу життя – це ефективна система заходів, спрямованих на профілактику захворювань. В Хартії визначено п'ять основних напрямків діяльності:

1. сприяння впровадженню політики здоров'я населення;
2. розвиток особистих навичок ведення здорового способу життя;
3. створення сприятливих умов у природному і соціальному середовищах;
4. сприяння розвитку та активізації громад та організацій;
5. визначення векторів розвитку системи охорони здоров'я.

21 травня 2003 р. на Всесвітній асамблеї з охорони здоров'я було прийнято конвенцію ВООЗ щодо боротьби проти тютюнопаління у відповідь на глобальну проблему поширення тютюнової епідемії [4].

Міжнародна діяльність у сфері громадського здоров'я опирається на ряд загальноприйнятих нормативно-правових документів. Ухвалені у 2005 р. ММСП (міжнародні медико-санітарні правила) передбачають підписання угод між 196 країнами, в тому числі – всіма державами – членами ВООЗ. ММСП спрямована на співпрацю заради глобалізації в системі охорони здоров'я. Згідно ММСП країни домовилися нарощувати науковий потенціал задля виявлення, оцінення та повідомлення про події громадського здоров'я [35].

Резолюція Генеральної Асамблеї ООН (підписана 19–20 вересня 2011 р.) щодо профілактики і контролю за неінфекційними хворобами розширює європейську політику в інтересах здоров'я та добробуту населення під назвою «Здоров'я-2020» – це план заходів щодо нарощення потенціалу та послуг у сфері громадського здоров'я. На цій зустрічі було проголошено зобов'язання задля протидії світовій загрозі у сфері громадського здоров'я, яка була

спричинена чотирма глобально важливими неінфекційними захворюваннями, зокрема (серцево-судинними, раком, діабетом і хронічними респіраторними) та пов'язаними з ними факторами ризику: вживання тютюну, нездорове харчування, недостатня фізична активність і вживання алкоголю [43].

Державна політика «Здоров'я-2020» зорієнтована на цінності здоров'я, наголошує на потребі залучення державних діячів, компетентних спеціалістів та представників громадськості для зміцнення здоров'я та добробуту населення, зменшення нерівностей у доступності до медичних послуг [54].

У вересні 2012 р. в Мальті відбулася 62 сесія Європейського регіонального бюро ВООЗ, на якій було прийнято Європейський план дій зі зміцнення потенціалу та послуг громадського здоров'я і підписана відповідна резолюція. Мета даного плану дій передбачала забезпечення надання більшої кількості послуг населенню у сфері громадського здоров'я з метою вирішення теперішніх і майбутніх перспективних завдань у сфері громадського здоров'я на європейському континенті [55].

Восьма всесвітня конференція з питань зміцнення та збереження здоров'я населення проходила в Гельсінкі (Фінляндія 10–14 червня 2013 р.). Зустріч базувалася на багатій спадщині реалізації планів і заходів, затверджених на попередніх конференціях. Цілі Плану дій щодо профілактики та контролю за неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2025 рр. є продовженням та оновленням попереднього Плану [57].

Незважаючи на глибокий прорив у системі ГЗ у світі вітчизняна система охорони здоров'я зберегла попередні надбання. Успадкована ще з часів радянського періоду комплексна модель Семашка, відповідно до якої вся система охорони здоров'я була державною власністю та фінансувалася за рахунок бюджетних коштів, спрямовувалася на утримання лікарняних закладів, характеризувалася поточним управлінням, зосередженим переважно на лікуванні нетяжких гострих станів та фактичною відсутністю профілактичних заходів. Система практично ігнорувала потреби здорового населення, що не

давало змоги стримувати та системно впливати на підвищення рівня неінфекційних захворювань.

В роки незалежності окремі заходи щодо реформування системи охорони здоров'я сприяли поглибленню кризи профілактичної медицини. Основними причинами такої критичної ситуації, яка склалася із станом здоров'я населення, була і є соціально-економічна криза в країні, несприятлива екологічна ситуація, високий рівень поширеності тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних засобів, недостатні фізичні навантаження, нездорове харчування, а також військова агресія Росії на сході України [12].

Україна підписала угоду про асоціацію з Європейським Союзом відповідно до якої взяла на себе зобов'язання розвивати співпрацю в галузі охорони здоров'я та приєдналася до реалізації Цілей сталого розвитку шляхом розробки відповідних національних стратегічних завдань, зокрема у сфері громадського здоров'я.

В Україні схвалена Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні та підписана Кабінетом Міністрів згідно розпорядження № 1002-р від 30.11.2016р. Реалізація концепції передбачалася на протязі 2017-2020 років. У ній Урядом було наголошено, що концепція розвитку системи громадського здоров'я сприятиме створенню єдиної системи профілактичної медицини. Пріоритетом розвитку такої системи є принцип, при якому інтереси здоров'я мають враховуватися в усіх сферах державної політики. Це, зокрема, буде можливо через налагодження ефективного механізму співпраці з усіма центральними органами виконавчої влади при обміні інформацією про фактори, що впливають на стан здоров'я населення [38].

Концепція визначає засади, напрями, завдання, механізми та строки розбудови системи громадського здоров'я з метою формування і 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 [12].



Міністерством охорони здоров'я України створено Центр громадського здоров'я як заклад охорони здоров'я, який відповідає за збереження і зміцнення здоров'я населення, соціально-гігієнічний моніторинг захворювань, епідеміологічний нагляд та біологічну безпеку, групову та популяційну профілактику захворюваності, боротьбу з епідеміями та стратегічне управління у сфері громадського здоров'я [37].

Необхідно відмітити, що основні питання громадського здоров'я потребують оновлення, оскільки з'являються нові виклики та пандемії для здоров'я, а отже виникає необхідність їх попередження та усунення. Філософсько-етична основа сучасного громадського здоров'я – це віра у властиву людині цінність та її право на безпечне і здорове середовище проживання. Здоров'я та добробут особистості і громади взаємозалежні. Інвестиції в здоров'я, як і в освіту сприяють економічному зростанню, оскільки здорові та освічені люди сприяють творчому та економічно продуктивному суспільству [27].

Нове громадське здоров'я походить з історичного досвіду. Організована діяльність щодо профілактики захворювань і промоції здоров'я потребує повторного вивчення – від часів стародавнього світу до постіндустріальної революції. Протягом наступних десятиліть XXI ст. ми мусимо навчитися, як використовувати всі способи охорони здоров'я, зокрема клінічні та профілактичні послуги, зміцнення здоров'я й активні зусилля в державному та приватному секторах для ефективного й економічного збереження, захисту та зміцнення здоров'я людей та суспільства. Нове громадське здоров'я, як і в минулому, стикається з етичними проблемами, що стосуються витрат на охорону здоров'я, пріоритетів, етики та соціальної філософії [60].

## **1.2. Центри громадського здоров'я та їх роль у системі охорони здоров'я**

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), здоров'я – це не лише стан повного фізичного, психічного та соціального добробуту, а й відсутність хвороб та недуг [46].

Random House Dictionary визначає громадське здоров'я як надання послуг з покращання здоров'я громадян, включаючи санітарну гігієну, імунізацію населення, профілактичну медицину [3]. Зокрема, зазначено, що наука про громадське здоров'я – це мистецтво управління та захист і покращання здоров'я громадян шляхом організації зусиль громади, які включають профілактичну медицину, санітарну гігієну та соціальну науку [4].

Об'єктом вивчення такої науки як «громадське здоров'я» є стан здоров'я різних груп населення та система охорони здоров'я країни загалом.

Відтак, громадське здоров'я – це наука, яка вивчає закономірності формування здоров'я населення, організації діяльності системи охорони здоров'я в контексті розробки методів забезпечення високого потенціалу здоров'я населення як вирішального чинника розвитку суспільства. Основна мета вивчення громадського здоров'я – це дослідження стану здоров'я населення у взаємозв'язку з чинниками життя, якістю і доступністю медичної допомоги та розробка рекомендацій з усунення шкідливого впливу різноманітних чинників і вдосконалення медичного обслуговування [5].

Структурною та функціональною одиницею системи громадського здоров'я є центр громадського здоров'я (ЦГЗ). Згідно розпорядження КМУ Наказом МОЗ України № 604 від 18.09.2015 р. в Україні офіційно створений Центр громадського здоров'я населення.

Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» є закладом охорони здоров'я, який відповідає за збереження та зміцнення здоров'я громадян, здійснення соціально-гігієнічного моніторингу захворювань, епідеміологічного нагляду і біологічної безпеки, групової та

популяційної профілактики захворюваності, боротьби з епідеміями та стратегічного управління у сфері громадського здоров'я населення [7].

З погляду на заходи та події, пов'язані з боротьбою з епідемією коронавірусу, в Україні вперше на рівні держави створено підґрунтя для забезпечення пріоритетності проведення профілактичних заходів в національній системі охорони здоров'я, тобто переміщення акценту на процедуру попередження хвороб, а не лише на їх діагностику і лікування, шляхом розбудови системи громадського здоров'я населення. Запровадження нової системи дозволяє змінити не лише державні підходи до реалізації відповідних програм і заходів, але і свідомість кожної людини. Для цього здійснюється популяризація знань та висвітлюється реальна інформація щодо, наприклад, продуктів, які споживає населення, рівень забруднення повітря, яким воно дихає, водойм, де відпочивають громадяни, та медичні послуги, які надаються населенню задля збереження здоров'я [14].

Громадське здоров'я – це процес запобігання захворювань, травматизму, інвалідності та смерті, популяризація здорового способу життя та збереження здорового навколишнього середовища й умов життя для теперішнього та майбутніх поколінь. Однак, окрім того, громадське здоров'я є складовою державної політики в галузі охорони здоров'я, розподілу державних видатків, а також механізму організації і управління в системі охорони здоров'я населення [1].

Опираючись на численні наукові дослідження у галузі ГЗ можна зробити висновок про те, що сучасне громадське здоров'я всеохоплює у своїй меті, оскільки стосується заходів, спрямованих як на всю спільноту, так і на індивідуальні потреби щодо здоров'я громадян. Ряд таких заходів орієнтовані на поліпшення середовища життєдіяльності людини, зменшення факторів ризику, що формують значний тягар захворювань і смертності серед населення та стимулювання тих факторів, які, навпаки, сприяють зміцненню та збереженню здоров'я. Програмне спрямування таких заходів широко варіюється від стратегій імунізації, зміцнення здоров'я та догляду за дітьми,

маркування харчових продуктів та їх фортифікації (збільшення вмісту вітамінів і мікроелементів у продуктах харчування для поліпшення поживних якостей їжі та позитивного ефекту для здоров'я людей) аж до гарантування якісно організованих і доступних медичних послуг [39].

В Україні нова система громадського здоров'я будується за принципами децентралізації та субсидіарності, що супроводжується численними новаціями у даній сфері. Координатором заходів і програм та технічним провайдером програм і проектів у цій сфері є Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я, який володіє доступом до медичної статистичної інформації, здійснює обробку баз даних, готує презентацію науково обґрунтованих рішень та аналіз бази даних у сфері громадського здоров'я. Реалізацію державної політики у сфері громадського здоров'я на місцевому рівні здійснюють органи місцевого самоврядування через регіональні центри громадського здоров'я та мережу закладів первинної медичної допомоги, методологічну допомогу яким надає національний центр громадського здоров'я [18].

Організаційно злагоджена система громадського здоров'я передбачає наявність належного рівня готовності до настання ризиків, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру, а також наділена вмінням своєчасно реагувати на виклики часу з метою локалізації та ліквідації загроз.

Державна політика у сфері громадського здоров'я формується шляхом побудови системи громадського здоров'я, яка є комплексом інструментів, процедур і заходів, які реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, запобігання захворюванням, подовження активного та працездатного віку, заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства [44].

Система установ та закладів громадського здоров'я як основа профілактичної медицини передбачає проведення основних заходів у сфері охорони здоров'я та спрямовується на проведення заходів щодо забезпечення збереження здоров'я населення та зменшення витрат держави на медичне обслуговування. Для реалізації такого бачення використовується підхід, який

передбачає роботу з іншими секторами вітчизняної економіки в напрямі розв'язання проблем, пов'язаних з більш широким спектром здоров'я, а також з діяльністю медичних працівників. Зокрема, працівників первинної ланки надання медичних послуг відіграють ключову роль в процесі проведення профілактичних заходів з подолання захворювань і зміцненні здоров'я, що обґрунтовано в Алма-Атинській декларації ВООЗ з надання первинної медико-санітарної допомоги (1978 р.) [38].

На стан здоров'я та рівень добробуту громадян і популяцій в усіх вікових групах населення впливає ряд факторів, одні з яких залежить від діяльності людини, а інші – залишаються поза зоною впливу індивідуума. Моделлю, яка описує взаємозв'язок між цими факторами, є «райдуга Полісі» Далгрена і Уайтхеда. Усі фактори впливу поділяються на незмінні: вік, стать та генетичні чинники; потенційно змінні: особистісний спосіб життя, фізичне, моральне та соціальне довкілля; фактори, на які окрема особа не чинить впливу: довкілля, соціально-економічні, культурні й екологічні умови [36].

У 2005 р. ВООЗ було створено Комісію з питань соціальних детермінантів здоров'я населення з метою формування рекомендацій для сприяння рівності в охороні здоров'я та посилення заходів щодо її досягнення. Соціальні детермінанти – це умови, у яких люди народжуються, ростуть, живуть і старіють, а також сфери, що впливають на ці умови, зокрема стан економічного розвитку, соціальні норми, державна політика та політична система країни [25].

Соціальні детермінанти визначають умови праці, вони досліджують:

- яким чином різні види діяльності людини та загроза безробіття впливають на здоров'я населення;
- процеси вилучення окремих категорій громадян з активної участі в суспільному житті;
- питання гендерної політики та гендерної рівності;
- визначають заходи впливу процедури зменшення гендерної нерівності в сфері охорони здоров'я;

- вплив раннього розвитку дітей на стан здоров'я та їх подальший розвиток протягом усього життя;
- яким чином глобалізація здійснює вплив на здоров'я населення та економічний розвиток;
- функціонування системи закладів і установ охорони здоров'я;
- процеси урбанізації, до якої належить також модернізація нетрів.

Основною місією громадського здоров'я є максимальне покращення здоров'я та добробуту людей і громадського суспільства на національному та глобальному рівнях [33]. З метою досягнення відповідного рівня соціальних детермінант громадське здоров'я повинно вирішити наступні завдання:

1. Досягти максимальної якості життя та здоров'я нації, її економічного зростання, справедливості та рівності в отриманні суспільних благ і послуг для всіх верств суспільства.

2. Успішно проводити профілактику і лікування хвороб та інвалідності.

3. Забезпечити ефективний розвиток екологічних, біологічних, професійних, соціально-економічних факторів, що загрожують здоров'ю та життю людини з акцентом на:

- хвороби та хворобливі стани громадян, травми і ушкодження;
- місцеве, регіональне, національне та глобальне довкілля і екологію;
- здорове харчування, забезпечення продовольчої безпеки, рівність і доступність, якість і безпечність харчових продуктів;
- мінімізацію природних, техногенних та соціальних катаклізм, зокрема й воєнні конфлікти;
- окремі групи населення з особливим медичним ризиком і необхідність здійснення профілактики захворювань.

4. Забезпечення якісного формування державної та регіональної політик й економічних чинників у сфері охорони здоров'я, управління системою охорони здоров'я, стандартами якості медичної допомоги та інших послуг у медичній сфері.

5. Дослідження і просування широкого спектру використання найкращих міжнародних практик та стандартів.

6. Активна підготовка професійних кадрів у сфері громадського здоров'я.

7. Мобілізація міжнародних доказових наукових та епідеміологічних досліджень і визнаних практик, що сприяють підвищенню рівня здоров'я громадян та проведення профілактичних заходів.

8. Підтримка та просування прав людини та громади у сфері здоров'я з гарантуванням справедливого доступу, високопрофесійної діяльності й етичних стандартів.

Надзвичайно важливим при формуванні ефективності та спроможності системи громадського здоров'я є політична воля в країні, лідерство, достатнє фінансування, а також забезпеченість кваліфікованими кадрами [47].

При формуванні кадрового потенціалу у сучасній системі громадського здоров'я з метою виконання програмних завдань громадського здоров'я надзвичайно важливим є необхідність формування команд спеціально підготовлених фахівців із залученням спеціалістів з інших секторів, діяльність яких потенційно впливає на здоров'я людини.

Кадровий потенціал сфери громадського здоров'я охоплює широкий спектр фахівців різних спеціальностей, зокрема:

- спеціалістів з громадського здоров'я в сфері епідеміології, соціальних наук, які безпосередньо пов'язані зі здоров'ям населення;
- спеціалістів у галузі аналізу державної політики в системі охорони здоров'я або управління закладами і установами системи охорони здоров'я;
- медичних працівників: інфекціоністів, дієтологів і нутриціологів, сімейних лікарів, психотерапевтів і психіатрів, медичних мікробіологів, фармацевтів, медсестер тощо;
- гігієністів, лабораторних спеціалістів, статистів з медичної практики, юристів;
- фахівців із визначення безпечності харчових продуктів та ветеринарної медицини;

- спеціалізованих кадрів у сфері розвитку громад, експертів з комунікації;
- медичних інспекторів в окремих секторах діяльності.

Висока політична воля та професійна кадрова підтримка є незамінними факторами в умовах трудових та фінансових ресурсів, значних очікувань від громадськості та зростаючих можливостей щодо ефективності впровадження програм громадського здоров'я. Усе це потребує якісної обробки та систематизації інформації і знань, ефективного управління медичними закладами, надійності виконання прийнятих рішень [39].

Широкий спектр профілактичних напрямів є рентабельним. Це, зокрема, стосується заходів, які підвищують стійкість та сприяють здоровій поведінці громадян, вакцинації та скринінговим обстеженням [25].

Дослідження ВООЗ вказують на те, що профілактика є економічно ефективною як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективах. Окрім того, інвестиції в сферу охорони здоров'я генерують економічно ефективні результати для здоров'я населення та можуть сприяти зростанню стійкості та забезпечуючи економічні, соціальні і екологічні переваги. Навіть незначні інвестиції в громадське здоров'я населення передбачають значні фінансові вигоди для громадського здоров'я, економіки та інших секторів [33].

Інвестиції в громадське здоров'я загалом економічно сприятливі для сфери охорони здоров'я, інших секторів економіки. Профілактичні заходи сприяють зниженню смертності від серцево-судинних захворювань на 50–75 % у країнах з високим рівнем доходів і на 78 % у світі загалом [31].

Одними з напрямків реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України № 1002-р від 30.11.2016, є створення багатосекторальної системи громадського здоров'я, яка забезпечує консолідацію функцій у секторі громадського здоров'я та мобілізацію фінансових ресурсів органам місцевого самоврядування.

Основною складовою розбудови системи громадського здоров'я є розвиток її регіональної мережі. Головним напрямком для створення сталої



мережі спроможних центрів громадського здоров'я є об'єднання регіональних структур, які працюють у секторі громадського здоров'я [51].

Відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України № 2012 від 2.11.2018 затверджено Примірний статут центру громадського здоров'я. Відповідно до даного документу предметом діяльності центру громадського здоров'я є:

- зміцнення здоров'я громадян;
- виявлення пріоритетних проблем у сфері охорони здоров'я;
- створення комунікаційних інституцій з питань просування інтересу до збереження здоров'я, формування здорового способу життя і мотивації населення до нього;
- координація діяльності закладів і установ охорони здоров'я в контексті дотримання єдиної системи збору, обробки, зберігання та передавання медичної статистичної інформації тощо.

На протязі 2018–2020 років в Україні створено мережу, яка нараховує 22 регіональних центри громадського здоров'я. Вони функціонують у статусі комунальних некомерційних підприємств [24].

Так у 2018 році рішеннями обласних рад було створено 8 обласних центрів громадського здоров'я, зокрема у Волинській, Житомирській, Кропивницькій, Львівській, Рівненській, Тернопільській, Хмельницькій областях та в місті Києві.

У наступному 2019 році було створено 9 обласних центрів громадського здоров'я, зокрема у Херсонській, Черкаській, Сумській, Івано-Франківській, Полтавській, Дніпропетровській, Київській, Луганській і Закарпатській областях [52].

У 2020 році створено 5 обласних центрів громадського здоров'я у Чернівецькій, Одеській, Миколаївській, Чернігівській і Харківській областях [19].

Інтеграція функцій сфери охорони громадського здоров'я шляхом об'єднання регіональних структур, які виконують такі функції, сьогодні

виглядає таким чином, що на базі центрів з профілактики та боротьби із СНІДом шляхом реорганізації створено 4 обласних центри громадського здоров'я у Львівській, Рівненській, Закарпатській і Черкаській областях [23].

На базі обласних центрів здоров'я шляхом реорганізації створено 10 обласних центрів громадського здоров'я у Волинській, Херсонській, Полтавській, Дніпропетровській, Київській, Луганській, Одеській, Миколаївській, Чернігівській і Харківській областях.

На базі кількох структур (центри медичної статистики, центри здоров'я, центри спортивної медицини тощо) шляхом реорганізації створено 5 обласних центрів громадського здоров'я у Херсонській, Сумській (триває реорганізація), Тернопільській, Івано-Франківській, Хмельницькій. Також утворено 3 нові центри громадського здоров'я у Кіровоградській і Чернівецькій областях та в м. Київ.

На базі вже створених обласних центрів громадського здоров'я триває процес об'єднання всіх структур: центру здоров'я, центру медичної статистики, підрозділів моніторингу і оцінювання центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом і туберкульозом.

Для консолідації наявних ресурсів у секторі громадського здоров'я в складі центрів громадського здоров'я створюють підрозділи: моніторингу і оцінювання ВІЛ/СНІД і туберкульозу; медичної статистики; імунопрофілактики; комунікацій.

### **1.3. Головні завдання та напрямки роботи центрів громадського здоров'я**

Десять основних оперативних функцій виникли на початку 90-х разом із дебатами щодо реформи охорони здоров'я. На той час лише три "основні функції" охорони здоров'я були загальновизнаними: оцінка, розробка політики та забезпечення. Лідери громадського здоров'я хотіли надати більш конкретні вказівки департаментам охорони здоров'я та політикам, яким доручено захищати здоров'я своїх громад. Результатом стала консенсусна заява, в якій було викладено 10 ключових служб у загальних рамках початкових трьох основних функцій, до яких слід прагнути кожному, хто працює у сфері охорони здоров'я.

#### **1. Нагляд за здоров'ям та добробутом населення**

Найважливішою складовою, необхідною для всіх служб охорони здоров'я, є дані. Без цього громади не знають, що потрібно, де мають лежати пріоритети чи як ефективно розподілити ресурси. Такі державні установи охорони здоров'я, як Центри контролю та профілактики захворювань та Всесвітня організація охорони здоров'я, вже гаряче стежили за спалахом хвороби, перш ніж більшість людей знали, що це відбувається через процеси спостереження.

У всьому світі існують системи, які допомагають бити тривогу, якщо щось не так. Хоча традиційно вони в значній мірі покладаються на такі речі, як звітування медичних працівників, проведення опитувань або тестування лабораторних зразків. Інтернет запропонував нові способи відстеження епідемій на ранніх стадіях або навіть до їх початку. Нове поле, яке називається цифровим виявленням захворювань, з'явилося, щоб допомогти працівникам охорони здоров'я та дослідникам швидко виявити спалахи захворювання, відстежуючи ключові фрази в соціальних мережах. Моніторинг стану здоров'я громади означає також розгляд таких речей, як травми, хронічні захворювання та результати народження, щоб побачити, які існують [45].

Ця послуга є критично важливою. Врешті-решт, перш ніж службовці охорони здоров'я можуть зробити що-небудь для покращення здоров'я громади, вони спочатку повинні з'ясувати, що потрібно робити [8].

## 2. Моніторинг та реагування на небезпеку для здоров'я та надзвичайні ситуації.

Метою цієї оперативної функції є моніторинг інфекцій та інших небезпек для здоров'я, щоб своєчасно оцінювати ризики, встановлювати пріоритети та планувати реагування на надзвичайні ситуації [5].

Після підняття тривоги службовці охорони здоров'я працюють, щоб з'ясувати, хто найбільше постраждав та чому. Цілому науковому напрямку насправді присвячено дослідженню цих тенденцій здоров'я. Це називається епідеміологія [16].

Епідеміологи збирають та аналізують дані, щоб з'ясувати, як розповсюджується хвороби чи стан здоров'я серед певної популяції, які ключові фактори спільні для цих випадків, і найголовніше як цю інформацію можна застосовувати для запобігання майбутнім випадкам. Коли спалах сальмонели, епідеміологи розмовляють з тими, хто захворів, збирають інформацію про те, що вони їли, і визначають, яка їжа є ймовірним винуватцем, щоб її можна було забрати з полиць [15].

Моніторинг та реагування на небезпечні ситуації включає:

- Передбачення, запобігання та пом'якшення виникаючих загроз здоров'ю шляхом епідеміологічної ідентифікації;
- Моніторинг стану здоров'я в режимі реального часу та виявлення закономірностей для розробки стратегій боротьби з хронічними захворюваннями та травмами;
- Використання даних у реальному часі для виявлення та реагування на гострі спалахи, надзвичайні ситуації та інші загрози здоров'ю;
- Використання лабораторних даних громадської охорони здоров'я та сучасних технологій для проведення швидкого скринінгу та об'ємних тестів.

### 3. Захист здоров'я, гарантування безпеки довкілля, праці та безпечності харчових продуктів.

Мета цієї оперативної функції полягає у використанні даних спостереження та моніторингу при розробці служб, призначених для захисту здоров'я від інфекційних хвороб та екологічних ризиків та небезпек[56].

Як тільки фахівці в галузі охорони здоров'я знають, що відбувається, на кого це впливає, і - якщо це можливо - як запобігти цьому, вони поширюють інформацію серед широкого населення.

Ця функція включає:

- Розробка та розповсюдження доступної медичної інформації та ресурсів, у тому числі шляхом співпраці з багатогалузевими партнерами;
- Спілкування з точністю та необхідною швидкістю;
- Використання відповідних каналів зв'язку (наприклад, соціальні медіа, однорангові мережі, засоби масової інформації та інші канали) для ефективного охоплення передбачуваних груп населення [48];
- Розробка та розгортання відповідних у культурному та мовному відношенні та відповідних комунікаційних та освітніх ресурсів, що включає роботу з зацікавленими сторонами та представниками впливу в громаді для створення ефективних та культурно резонансних матеріалів;
- Активне залучення двостороннього спілкування для формування довіри до населення, що обслуговується, та забезпечення точності та ефективності стратегій профілактики та зміцнення здоров'я;
- Забезпечення комунікацій у галузі охорони здоров'я та освіти, коли це доречно, базується на активах та не підкріплює розповіді, які завдають шкоди непропорційно постраждалому населенню

Одним з найуспішніших прикладів цієї функції в дії була кампанія "Назад до сну". Коли епідеміологи у всьому світі почали визначати стан сну як фактор ризику розвитку синдрому раптової дитячої смерті, Американська академія педіатрії та інші медичні працівники в США розпочали освітню кампанію, закликаючи батьків класти своїх дітей спати на спину, а не на животі чи боках.

Педіатри говорили про це з сім'ями своїх пацієнтів, брошури видавали, а експерти виходили на телебачення, щоб поширити цю інформацію. І схоже це спрацювало, рівень смертності знизився більш ніж на 50 відсотків, відразу після запуску кампанії.

#### 4. Зміцнення здоров'я, вплив на соціальні детермінанти та скорочення нерівності за показниками здоров'я.

Метою цієї оперативної функції є сприяння здоров'ю та добробуту населення шляхом вирішення проблем нерівності та загальних соціальних та екологічних факторів. Потрібно створити сприятливе середовище та зміцнити активи громади, щоб дати можливість людям та населенню мати більш здоровий спосіб життя та поведінку протягом усього життя. Потрібні багатогалузеві дії для створення здорового середовища та зменшення нерівності та факторів ризику в соціальних та екологічних детермінантах здоров'я [32].

Рідко профілактика захворювань та зміцнення здоров'я здійснюється одним суб'єктом. Охорона здоров'я спирається на співпрацю та підтримку широкого кола зацікавлених сторін для розслідування, вирішення та запобігання проблемам охорони здоров'я. Сюди входять особи та організації, які не можуть бути безпосередньо пов'язані зі здоров'ям, але чия підтримка має вирішальне значення для збору точної інформації та надання людям можливості приймати певні зміни у поведінці [6].

Наприклад, багато громадських ініціатив у галузі охорони здоров'я звертаються до місцевих груп та окремих людей, щоб допомогти в боротьбі з ВІЛ у маргіналізованих групах населення. Замість того, щоб використовувати повноваження для розповсюдження ключової інформації, програми працюють у мережах однолітків, щоб охопити тих, хто найбільш ризикує заразитися. Зрештою, хто може допомогти вплинути на позитивні зміни в громаді, ніж люди, які вже є її частиною?

#### 5. Профілактика захворювань та їх раннє виявлення.

Метою цієї оперативної функції є запобігання захворюванню шляхом дій на первинному, вторинному та третинному рівнях. Більшість із цих заходів належать до ролі медичних працівників та медичних працівників у первинній медичній допомозі, лікарнях та громадському середовищі [60].

Існує три рівні профілактики:

1. поліпшення загального стану здоров'я населення (первинна профілактика)
2. вдосконалення (вторинна профілактика)
3. поліпшення лікування та відновлення (третинна профілактика).

Кожен із трьох підходів має важливу роль у профілактиці захворювань. Однак первинна профілактика, як правило, дешевша та ефективніша, і вони тягнуть за собою нижчий рівень захворюваності та смертності. Зміцнення здоров'я нерозривно пов'язане з профілактикою захворювань.

Нещодавня самооцінка служб охорони здоров'я Європейського регіону ВООЗ виявила, що:

Первинна профілактика: програми рутинної імунізації створені в тій чи іншій формі у всіх країнах і в більшості випадків добре розроблені та ефективні. Однак у деяких країнах механізми надання програм вакцин недостатньо розроблені, особливо для населення меншин. У деяких країнах Співдружності Незалежних Держав спостерігається збільшення захворювань, що запобігають вакцинації, після розпаду послуг, доступних у радянські часи [29].

Вторинна профілактика: плановий скринінг на основні форми раку зараз існує у багатьох країнах, але не у всіх. Програми скринінгу не завжди ґрунтуються на фактичних даних, а системні перевірки стану здоров'я на неінфекційні захворювання не є звичними в більшості країн.

Третинна профілактика: відсутність доступності та доступності лікування раку на ранніх стадіях є обмежуючим фактором у деяких країнах. Персонал потребує навчання з підходів на основі доказів лікування та управління неінфекційними захворюваннями та сучасного обладнання.

6. Забезпечення стратегічного управління в інтересах здоров'я та добробуту.

Мета цієї оперативної функції полягає у забезпеченні належного управління службами охорони здоров'я за допомогою ефективних методів, процесів та установ, що забезпечують підзвітність, якість та справедливість. Процес, який інформує осіб, які приймають рішення з питань, що стосуються охорони здоров'я, відомий як розробка політики. Це процес стратегічного планування, який залучає всіх внутрішніх та зовнішніх зацікавлених сторін та визначає бачення, місію, вимірювані цілі охорони здоров'я та діяльність у галузі охорони здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях [34].

Медичні кодекси допомагають запобігти харчовим захворюванням, вимагаючи, щоб ресторани дотримувались певних стандартів, але чи були б вони такими ж ефективними, якби медичні працівники ніколи не виходили на огляд кухонь? Те саме можна сказати про фармацевтичні препарати. Інспекції виробничих потужностей управління з контролю за продуктами та ліками допомагають мінімізувати ризик забруднення медичних виробів. Політика може призвести до поліпшення стану здоров'я на рівні населення, але лише за умови їх дотримання.

7. Забезпечення достатньої та компетентної робочої сили в галузі громадського здоров'я.

Мета цієї оперативної функції є забезпечення наявності відповідної та компетентної робочої сили в галузі охорони здоров'я, достатньої для потреб населення, якому вона призначена для обслуговування. Інвестиції та розвиток працівників охорони здоров'я є важливою передумовою адекватного надання та реалізації послуг та діяльності в галузі охорони здоров'я. Людський ресурс є найважливішим ресурсом у наданні медичних послуг. Ця операція включає освіту, навчання, розвиток та оцінку персоналу охорони здоров'я з метою ефективного вирішення пріоритетних проблем охорони здоров'я та адекватної оцінки діяльності в галузі охорони здоров'я.



Ця оперативна функція включає:

- Підключення населення до необхідних медичних та соціальних послуг, які підтримують всю людину, включаючи профілактичні послуги;
- Забезпечення доступу до якісних та економічно вигідних медичних та соціальних послуг, включаючи послуги з поведінки та психічного здоров'я, які є культурно та мовно доречними;
- Залучення систем надання медичної допомоги для оцінки та усунення прогалин та бар'єрів у доступі до необхідних медичних послуг, включаючи поведінкове та психічне здоров'я;
- Вирішення та усунення бар'єрів у догляді;
- Налагодження стосунків із платниками та постачальниками медичних послуг, включаючи обмін даними між партнерами для зміцнення здоров'я та добробуту;
- Сприяння розвитку компетентної робочої сили в галузі охорони здоров'я[42].

8. Забезпечення функціонування організаційних структур і фінансування.

Мета цієї оперативної функції полягає у забезпеченні стійких організацій та фінансування охорони здоров'я для надання ефективних, результативних та реагуючих послуг. Це передбачає розвиток інтегрованих послуг, які мають мінімальний вплив на навколишнє середовище з максимальним оздоровленням та мають достатнє фінансування для довгострокового планування. Стійкість у сфері охорони здоров'я забезпечить захист та зміцнення здоров'я сьогодні та в майбутньому.

Медицина завжди змінюється, щоб адаптуватися до новітніх досліджень та доступних технологій. Ось чому медичні працівники в США зобов'язані відвідувати уроки, щоб бути в курсі подій. Державні установи охорони здоров'я, такі як Центри з контролю та профілактики захворювань, а також місцеві відділи охорони здоров'я співпрацюють з медичними асоціаціями, пропонуючи уроки безперервної освіти з широкого кола тем, зокрема щодо

таких питань, як біотероризм та готовність до надзвичайних ситуацій - так, навіть реагуючи на природні явища [50].

#### 9. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я

Метою цієї оперативної функції є використання сучасних комунікаційних методів та технологій для підтримки лідерства та адвокації щодо участі та розширення можливостей громадян.

Спілкування щодо громадського здоров'я повинно покращити медичну грамотність та статус людей та населення. Спілкування також повинно розширювати їх здатність отримувати доступ, розуміти та використовувати інформацію для:

- зменшення ризику;
- запобігання захворюванню;
- зміцнювання здоров'я;
- орієнтування та користування послугами охорони здоров'я.

Настільки ж ефективними, як зусилля в галузі охорони здоров'я, рятували життя та покращували стан здоров'я громад, завжди можна зробити більше. Ініціативи у галузі охорони здоров'я проходять майже постійний моніторинг та оцінку, щоб перевірити, чи вони насправді працюють, а також програми, які потребують фінансування, також оцінюються для забезпечення ефективного та ефективного використання ресурсів.

Для цього агенції розглядають широкий спектр факторів та залучають безліч різних спеціальностей. Наприклад, економісти охорони здоров'я можуть допомогти оцінити економічну ефективність певної зміни політики. Епідеміологи розглядають тенденції захворювань серед учасників певної ініціативи в галузі охорони здоров'я, щоб перевірити, чи покращились вони. Біостатисти аналізують дані опитувань та медичних записів, щоб визначити, чи змінилися певні показники здоров'я в даній популяції. Результати цих оцінок не тільки допомагають вдосконалити програми, але зібране розуміння також часто може бути використано для першого списку необхідних послуг вище [53].

10. Сприяння розвитку наукових досліджень у сфері громадського здоров'я для наукового обґрунтування політик і практичних втручань.

Мета цієї оперативної функції полягає у забезпеченні узагальнення висновків досліджень для політиків та практиків, щоб покращити політику та практику, обґрунтовану фактичними даними. Дослідження є фундаментальними для інформування розробки політики та надання послуг, і ця функція включає:

- Дослідження з метою розширення бази знань, що підтримує розробку політики на всіх рівнях з урахуванням фактичних даних;
- Розробка нових методів дослідження, інноваційних технологій та рішень в галузі охорони здоров'я; і
- Встановлення партнерських відносин з дослідницькими центрами та науковими установами для проведення своєчасних досліджень, що підтримують прийняття рішень на всіх рівнях охорони здоров'я.

Одним із найважливіших способів охорони здоров'я охорони здоров'я та безпеки громади є задача питань, збір даних та пошук нових та кращих способів вирішення проблем. Дослідження громадського здоров'я, проведені внаслідок дорожньо-транспортних пригод, принесли нам безпечніші машини та ремені безпеки. Постійні дослідження стоматологічних аномалій призвели до включення фтору в питну воду. Краще розуміння нашої імунної системи призвело до розробки вакцин, які врятували мільйони життів і мільярди доларів[51].

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1.Методи дослідження

Наукове дослідження щодо стратегічних завдань та перспектив розвитку громадського здоров'я в Україні нами проведено з використанням ряду наукових методів дослідження. Зокрема, з метою забезпечення повноти і об'єктивності результатів дослідження використовувались наступні наукові методи: теоретичний аналіз і узагальнення науково-методичних джерел літератури щодо перспектив розвитку установ і закладів громадського здоров'я; нормативно-правової бази їх функціонування, а також діяльність по забезпеченню громадського здоров'я Тернопільського ЦГЗ та стратегічних і оперативних завдань і функцій центрів громадського здоров'я в Україні. Поряд з тим, використовувались методи обробки і оцінювання статистичних даних, методи експертних оцінок (оцінка якості і ефективності роботи центрів громадського здоров'я), епідеміологічний метод, системний аналіз.

Наукове дослідження здійснювалося у форматі описових, аналітичних та експериментальних даних з питань громадського здоров'я в Україні. А саме, за основу були взяті основні оперативні функції системи громадського здоров'я, як основних напрямів діяльності закладів і установ громадського здоров'я.

Описовий формат наукового дослідження дозволив визначити громадське здоров'я як окрему сферу науки, яка вивчає вплив соціальних умов та чинників довколишнього середовища на здоров'я громадян з метою розробки різноманітних профілактичних заходів задля збереження і зміцнення здоров'я нації.

Застосування різноманітних методів наукового дослідження дозволило визначити, що громадське здоров'я, як окремий науковий напрям, займається вивченням широкого спектру медичних, економічних, соціологічних,

управлінських, філософських, психологічних аспектів позитивного і негативного впливу у конкретних історичних умовах розвитку суспільства.

На противагу різноманіттю клінічних дисциплін громадське здоров'я вивчає не стан здоров'я окремих індивідів, а загалом людських колективів, соціальних груп населення та суспільства в цілому при їх зв'язку з умовами життєдіяльності. Основна увага нашої роботи зосереджена на дослідженні рівня громадського здоров'я, а також:

- того впливу, який справляють на нього соціально-економічні, екологічні, біологічні, психологічні, медичні, географічні, суспільно-політичні детермінанти з метою обґрунтування суспільних заходів стосовно зменшення чи попередження несприятливого впливу;

- вивчення та визначення індексу здоров'я населення, світового тягаря хвороб, формування цільових профілактичних програм і заходів, а також способів відновлювального лікування в структурі громадського здоров'я;

- визначення причин смертності населення працездатного віку та дітей в контексті формування цільових завдань системи громадського здоров'я з метою їх зниження та вироблення напрямів державної соціальної політики з цього приводу;

- прогнозування медико-демографічної ситуації і планування заходів в країні та окремих регіонах з питань визначення тенденцій, причин і моделювання можливих варіантів покращення даної ситуації;

- наукове обґрунтування та розробка інтегральних показників, зокрема індексів оцінки громадського здоров'я населення в країні;

- розроблення напрямів стратегії і тактики державної політики, програм та заходів профілактики хвороб у сфері громадського здоров'я на загальнодержавному та місцевому рівнях;

- визначення, обґрунтування та розроблення механізмів за допомогою яких здійснюється формування пріоритетів, планування заходів щодо реалізації політики і прийняття рішень у сфері громадського здоров'я;

– наукове обґрунтування якісно нових та оптимізація наявних організаційних форм, видів та методів діяльності органів, закладів та установ охорони громадського здоров'я на сучасному етапі розвитку суспільства;

– наукове обґрунтування організаційних структур, нормативів, критеріїв оцінки та стандартів якості послуг у сфері громадського здоров'я.

Специфічними методами досліджень громадського здоров'я виступають: епідеміологічний, статистичний, біблеосемантичний, соціологічний, експериментальний, економічний, медико-географічний, соціально-психологічний, прогнозування, експертних оцінок, структурно-логічного аналізу, моделювання.

Методичною основою дослідження громадського здоров'я є методи системного підходу і аналізу.

Науково-практичними результатами дослідження щодо визначення стратегічних напрямів розвитку сфери громадського здоров'я є обґрунтування пріоритетних напрямів збереження і зміцнення здоров'я населення, подолання проблем нерівності показників здоров'я, зниження впливу негативних фактів на здоров'я соціально-економічних, екологічних, біологічних, психологічних, медичних, суспільно-політичних детермінантів, а також розвиток системи громадського здоров'я та її складових, інструментів механізму залучення до збереження здоров'я населення окремих секторів державної влади і управління, а також приватного сектору.

Теоретико-аналітичний зріз та узагальнення даних науково-методичної літератури з питань громадського здоров'я дозволив виявити головні проблеми та перспективи розвитку центрів громадського здоров'я в Україні, провести глибинний аналіз стратегічних завдань розвитку центрів громадського здоров'я в контексті функціонування окремих медичних закладів і установ та реально оцінити нормативно-правову базу і оперативні функції Тернопільського ЦГЗ. Також проведене дослідження дозволило визначити актуальність, конкретизувати мету і завдання, обґрунтувати новизну наукової роботи,

використовувати методи застосування засобів фізичної реабілітації і намітити подальші шляхи дослідження.

Вагомим науковим методом дослідження є вкопіювання статистичних даних, який ми використали у своїй роботі на таких етапах:

- при складанні плану статистичного дослідження Тернопільського центру громадського здоров'я, оцінюванні процесу розробки програми заходів діяльності Центру;
- при збиранні та обробці статистичного матеріалу щодо показників діяльності Тернопільського центру громадського здоров'я;
- при обробці та зведенні статистичних показників;
- проведенні статистичного аналізу;
- впровадженні результатів наукового дослідження в практичну діяльність.

При проведенні дослідження нами було складено план статистичного моніторингу даних, зокрема:

1. Завданнями нашого статистичного дослідження є вивчення рівня і структури певного явища (захворюваності, смертності) у визначених групах населення, випадків повторюваності цього явища в групах та визначення причин на які впливають різні чинники (довкілля, біологічні, соціальні), кількість і якість надання медичної допомоги окремим групам громадян.

2. Метою нашого статистичного дослідження є визначення притаманних закономірностей щодо причин і наслідків проявів хвороби та вироблення ряду заходів щодо зниження впливу несприятливих чинників на здоров'я населення, впровадження цих результатів дослідження в практичну діяльність по забезпеченню збереження здоров'я населення та визначення програм і заходів, спрямованих на підвищення надання якісної медичної допомоги.

3. Об'єктом нашого статистичного дослідження є статистична сукупність осіб чи процесів, що формується з одиниць, фактів і факторів, які підлягають дослідженню. Для прикладу, чисельність хворих чи померлих осіб,

використання ліжок в лікарні, на стаціонарі, непрацездатні особи для яких є притаманним фактори впливу несприятливих умов.

4. Межі нашого об'єкта статистичного дослідження включають діяльність лікувально-профілактичних закладів з метою визначення кількості і якості надання медичних послуг населенню.

5. Одиницею спостереження в нашому дослідженні (одиниця обліку) визначено складову частину статистичних даних таких як окрема особа, окреме явище, складовий елемент об'єкта дослідження, якому притаманні ознаки, що підлягають реєстрації та вивченню. Ними є стать, вік, маса тіла при народженні, стаж, результат лікування, термін перебування у стаціонарі та інше. Так, при вивченні захворюваності одиницею спостереження в нас виступає хвора людина та окреме захворювання.

Використання методу експертних оцінок в нашому дослідженні відбулося при оцінці якості та ефективності роботи Тернопільського центру громадського здоров'я.

Необхідно відмітити, що метод експертних оцінок – це спосіб прогнозування і оцінювання майбутніх висновків та результатів діяльності на основі прогнозних показників фахових експертів. За допомогою методу експертної оцінки нами у випускній кваліфікаційній роботі визначено:

- 1) стан демографічної ситуації в країні та регіоні (Тернопільська область);
- 2) рівень захворюваності населення та основні найбільш поширені види хвороб, якими хворіють громадяни області в останні роки;
- 3) з'ясовано причини виникнення хвороб в залежності від типу ведення життєдіяльності та способу життя окремих громадян;
- 4) визначено можливі наслідки впливу хвороби на якість життя населення;
- 5) обґрунтовано перелік необхідних профілактичних заходів з метою попередження хвороб у майбутньому;



б) зроблено експертні висновки про діяльність Тернопільського центру громадського здоров'я, на основі чого вироблено стратегічні напрями покращення надання послуг громадянам.

У нашому дослідженні також використовувалися методи описової та аналітичної епідеміології або дескриптивні прийоми, які передбачають визначення пріоритетних проблем проведення профілактичних заходів на основі аналізу складу і структури захворюваності за різними групами інфекційних хвороб та за окремими нозологіями. І водночас за окремими нозологіями – за територіями, групами ризику та часом; сформульовано гіпотези про чинники ризику. Використання даних методів разом з аналітичними прийомами дозволили встановити причинно-наслідкові зв'язки, що стосується причин та наслідків поширених захворювань в Україні загалом та в Тернопільській області зокрема. В процесі дослідження нами було співставлено ряд захворюваностей в рівноцінних групах населення, які піддавались і не піддавались дії фактору ризику, а також здійснювався аналіз на основі даних про захворюваність минулих періодів.

Шляхом використання аналітичного дослідження «випадок-контроль» нами було співставлено і проаналізовано інформацію про результати дії фактора, вивчено частоту, з якою даний фактор зустрічається серед хворих і тих, хто не захворів на цю хворобу [7].

У процесі дослідження громадського здоров'я в Україні нами використовування метод системного аналізу, який передбачає застосування наукового методу пізнання та проявляється у послідовності дій з встановлення структурних зв'язків між змінними чи елементами досліджуваної системи. Даний метод опирається на комплекс загальнонаукових, експериментальних, природничих, статистичних, математичних методів. Переваги його застосування полягають у вирішенні складних завдань та визначають можливість використання сучасних інформаційних технологій. Результатом використаних нами системних досліджень став вибір альтернативного плану дій і заходів з профілактики захворювання і реабілітації Тернопільського

центру громадського здоров'я, що матиме позитивний вплив на якість надання медичних послуг в регіоні. Тому витoki системного аналізу, його методичні концепції є основою для прийняття управлінських рішень у сфері громадського здоров'я на регіональному рівні, адже він включає здатність до аналітики, планування і прогнозування, а також проектування у сфері прийняття рішень в складних системах різної природи на основі системної методології.

Використання системного аналізу дозволило нам спроектувати план заходів діяльності Тернопільського центру громадського здоров'я.

Наше наукове дослідження було проведено в 4 етапи:

**1-й етап:** жовтень-грудень 2019р. – здійснено процес аналізу науково-методичної літератури для визначення проблем та перспектив розвитку центрів ГЗ в Україні.

**2-й етап:** січень-червень 2020р. – проведено експертний аналіз нормативно-правової бази та оперативних функцій Тернопільського ЦГЗ.

**3-й етап:** липень-грудень 2020р. – використано системний аналіз щодо визначення стратегічних завдань ЦГЗ в Україні.

**4-й етап:** січень-травень 2021р. – проведено обробку отриманих даних і редакційне оформлення магістерської роботи.

## РОЗДІЛ 3

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 3.1. Моніторинг в системі громадського здоров'я

Розпорядженням Кабінету Міністрів України № 1002-р від 30.11.2016р. схвалено Концепцію розвитку системи громадського здоров'я в Україні. Міністерством охорони здоров'я України створено Центр громадського здоров'я як заклад охорони здоров'я, який відповідає за збереження і зміцнення здоров'я громадян, соціально-гігієнічний моніторинг рівня захворювань, епідеміологічний нагляд та біологічну безпеку, групову і популяційну профілактику захворюваності, боротьбу з епідеміями та стратегічне управління у сфері громадського здоров'я.

Моніторинг діяльності закладів і установ системи лікування захворювань крові має важливе значення у структурі національної системи крові. 31 січня 2020 року Державною установою, а саме «Центром громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» було укладено меморандум про співпрацю з Всеукраїнською молодіжною громадською організацією «Асоціація молодих донорів України» («ДонорUA»).

Відмітимо, що поняття «моніторинг здоров'я населення» передбачає регулярний збір даних стосовно відповідних компонентів здоров'я населення та його поширення серед населення або в окремих групах громадян з метою донесення інформації до населення та забезпечення процесу стратегічного планування і прогнозування у сфері громадського здоров'я (рис. 3.1).

Охоплений обсяг моніторингу може відрізнятись від комплексного до тематичного. Так, комплексний підхід передбачає оцінювання галузі охорони здоров'я загалом, тоді як тематичний підхід зосереджується на окремих питаннях медичних закладів, таких як здоров'я дітей, гігієна довілля, діабет або якість медичного обслуговування тощо.

Моніторинг у сфері охорони здоров'я населення може бути розширений за рахунок долучення до нього різноманітних методів: моделювання та

прогнозування, або шляхом інтеграції епідеміологічних, психосоціальних, біоповедінкових досліджень тощо, але він неможливий без звітів про стан здоров'я.

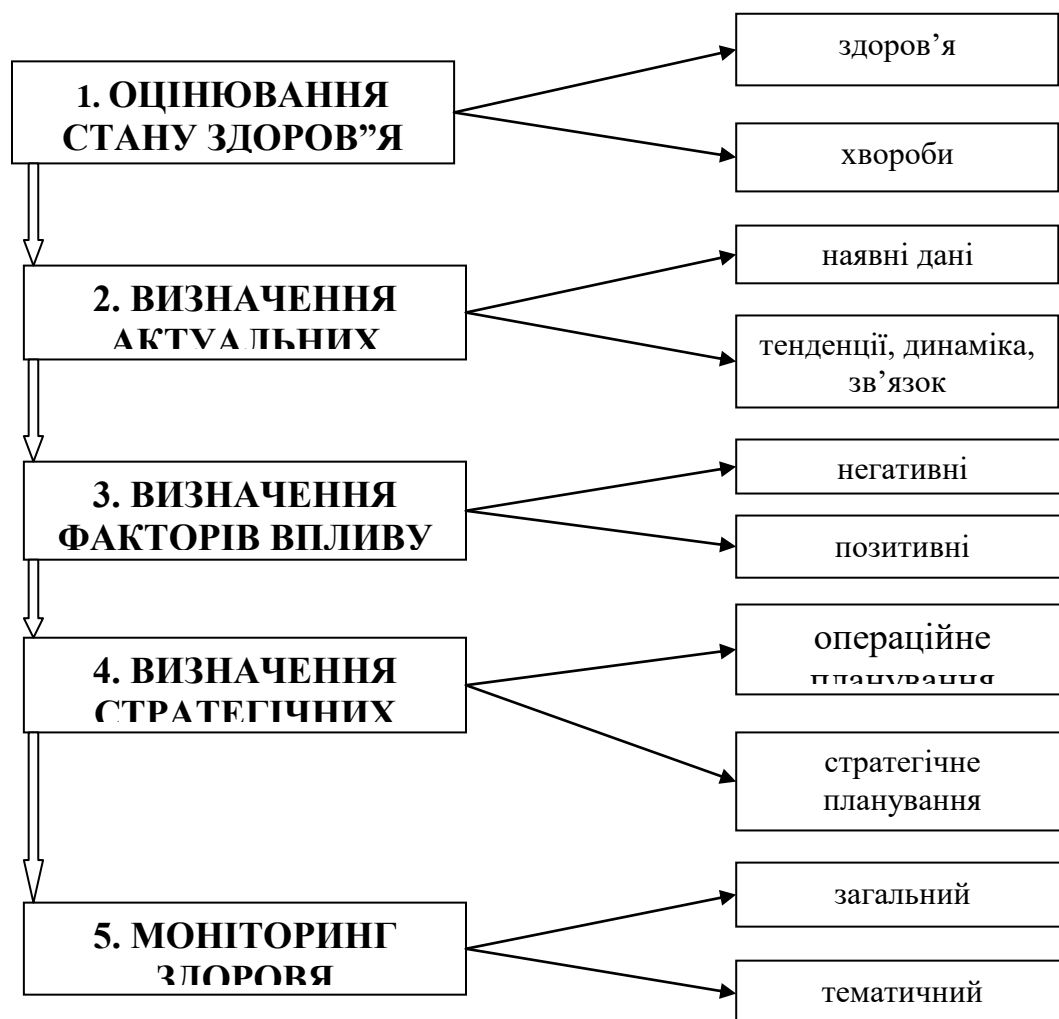


Рис. 3.1 Етапи моніторингу здоров'я населення

Звітність про проведення моніторингу у сфері громадського здоров'я може бути представлена в різноманітних формах. До прикладу, у звітах, в брошурах, презентаціях, прес-релізах чи статтях. Для оприлюднення звітів важливо використовувати веб-ресурси, соціальні мережі, чи засоби масової інформації. Аналітичні записки та різні форми діалогу з громадянами чи офіційними структурами є важливими інструментами розповсюдження інформації про звітність в системі здоров'я населення. Усі перелічені

інформаційні продукти повинні містити статистичні дані, які супроводжуються пояснювальними текстами, візуалізацією, коментарями експертів та посиланнями на джерела зазначених даних.

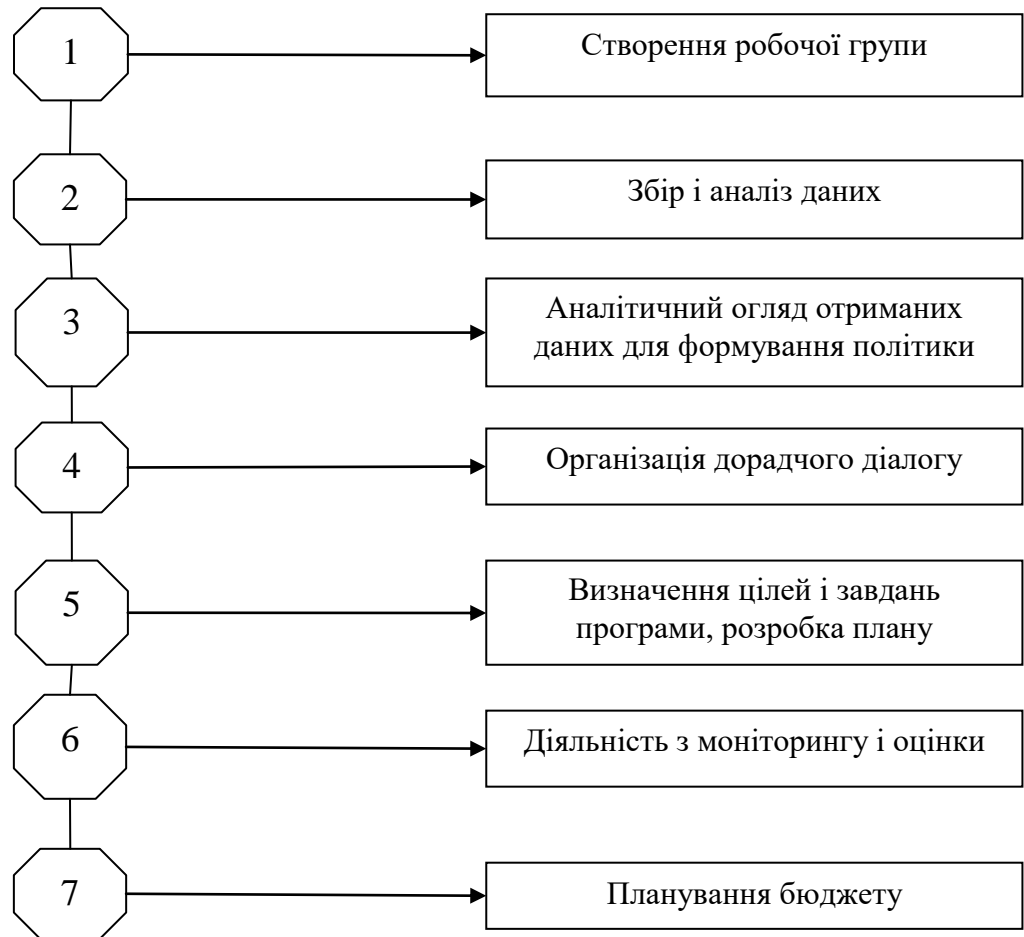


Рис. 3.2 Основні етапи розробки регіональних і місцевих програм громадського здоров'я

Регіональна експертна група у сфері охорони здоров'я здійснює регулярний моніторинг та оцінку робочих процесів в системі результативної діяльності центрів громадського здоров'я населення. На підставі отриманих результатів статистичних даних експертна група визначає, чи можуть зміни, які спостерігаються в даній системі, бути віднесені на рахунок застосованих заходів центрами здоров'я в регіоні. Обґрунтовані висновки за результатами моніторингу й оцінювання діяльності закладів громадського здоров'я будуть

свідчити про необхідність продовження реалізації запропонованих заходів та чи є потреба у корекції плану дій.

Перспективи оцінювання показників оброблених даних мають визначати методи збирання і аналізу статистичних даних, першочергові показники, а також враховувати потреби зацікавлених сторін про те, як планується використовувати результати оцінювання. Стратегія виміру й оцінки ефективності повинна спиратися на розуміння того, яким чином створити надійне економічне підґрунтя для залучення нових інвестиційних програм у заходи за відповідними напрямками. При розробці плану оцінювання необхідно визначати ключові показники позитивної чи негативної динаміки та оцінку результатів діяльності, які є вагомими як для сфери охорони здоров'я, так і для оцінювання показників ефективної діяльності центрів громадського здоров'я. Потрібно враховувати також специфіку використання окремих показників, таких як наприклад: спільні заходи, спрямовані на отримання результатів за індикатором «відмова від куріння», де задіяні багато різних організацій та де кінцевий результат оцінюється в межах функціонування сфери громадського здоров'я.

За результатами дослідження відмітимо, що важливо планувати оцінку результативної діяльності закладів громадського здоров'я так, щоб мінімізувати великий масив даних. Для прикладу, більш раціонально відстежувати показники впливу (відмова від куріння), а не збирати дані, щоб визначити показники процесу (чисельність людей з тютюновою залежністю, направлених на лікування). На етапі розробки системи оцінювання результативності мають бути враховані аспекти справедливого розподілу стосовно здоров'я громадян з метою вимірювання впливу на усі прошарки та групи населення, зокрема соціально вразливі.

План заходів з оцінювання ефективності роботи закладів і установ сфери громадського здоров'я повинен містити механізм повідомлення про отримані результати зацікавленим сторонам, а також визначати порядок обміну інформацією [51].

### **3.2 Аналіз роботи Тернопільського центру громадського здоров'я МОЗ України**

Аналіз роботи був проведений на основі звіту про виконану роботу комунального некомерційного підприємства «Тернопільський обласний центр громадського здоров'я» Тернопільської обласної ради.

На виконання розпорядження КМУ Наказом МОЗ України № 604 від 18.09.2015 року утворено Державну установу «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», на виконання рішення десятої сесії Тернопільської обласної ради шостого скликання від 20.12.2018 року № 1315 «Про створення Тернопільського обласного центру громадського здоров'я» створено Комунальне некомерційне підприємство «Тернопільський обласний центр громадського здоров'я» Тернопільської обласної ради шляхом реорганізації Інформаційно-аналітичного центру медичної статистики та Центру здоров'я.

Згідно з рішенням Тернопільської обласної ради від 20 грудня 2018 року №1315 утворено комунальне некомерційне підприємство «Тернопільський обласний центр громадського здоров'я» Тернопільської обласної ради та відповідно до виписки з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань 27 червня 2019 року зареєстровано комунальне некомерційне підприємство Тернопільський обласний центр громадського здоров'я» Тернопільської обласної ради.

За час функціонування комунальним некомерційним підприємством «Тернопільський обласний центр громадського здоров'я» Тернопільської обласної ради проаналізовані питання розбудови системи громадського здоров'я у Тернопільській області.

Відповідно до штатного розпису в Центрі функціонують наступні відділи:

- адміністративно-господарський,
- інформаційно-аналітичний відділ медичної статистики,
- відділ стратегічного розвитку та матеріально-технічного забезпечення,

- відділ моніторингу і оцінки,
- відділ інформаційно-комунікаційної роботи.

Центр здійснює координацію діяльності взаємодії закладів охорони здоров'я щодо збору, обробки і аналізу статистичної інформації про стан здоров'я населення та ресурси системи охорони здоров'я. Також Центр проводить збір та аналіз інформації для формування регіональної політики і стратегічного управління у сфері громадського здоров'я.

Основними показниками, які підлягали аналізу, є: аналіз стану демографічної ситуації та здоров'я населення, аналіз показників захворюваності населення за основними видами захворювання (онкологічні захворювання, туберкульоз), моніторинг госпітальної захворюваності, проведення оцінки ризиків і розв'язання проблем у сфері громадського здоров'я.

Чисельність населення в області становить 1035444 особи. Основною причиною скорочення чисельності населення області є природне скорочення населення і міграційні процеси. Слід відмітити, що демографічна ситуація, яка склалася в області у 2020 році, характеризується зменшенням народжуваності, збільшенням смертності та від'ємним показником природного приросту.

Таблиця 3.1

Динаміка народжуваності, смертності та природного приросту населення  
Тернопільської області

Показники	2001	2005	2010	2015	2017	2018	2019	2020
Народжуваність	8,8	9,9	10,9	10,1	8,7	8,1	7,6	7,6
Смертність	14,2	15,1	14,4	14,3	14,0	14,3	14,1	15,3
Природний приріст	-5,4	-5,2	-3,5	-4,2	-5,3	-6,2	-6,5	-7,7

За 2020 рік в області народилося 7846 дітей, що на 50 дітей менше минулого року (2019 р. - 7896). В розрахунку на 1 тис. населення народжуваність становить 7,6, у 2019 році – 7,6. Зменшення народжуваності у 2020 році в порівнянні з минулим роком спостерігається у всіх районах області.



Найменший цей показник у Монастириському – 4,8, Підволочиському – 5,7, Збарзькому – 6,0, Бережанському – 6,3, Козівському – 6,4 районах.

Загальна смертність у 2020 році збільшилась в абсолютних цифрах на 1075 осіб, за рік померло 15829 осіб (2019 р. - 14754). Показник загальної смертності становить 15,3.

Природний приріст населення в області від'ємний і становить –7,7 проти –6,5 у 2019 році. Таким чином, в області продовжується процес депопуляції. Особливо виражений процес депопуляції в районах: Монастириському –15,6, Підгаєцький –12,7, Зборівський –12,0, Заліщицький –11,4, Підволочиському – 11,3 на 1000 населення.

Показник дитячої смертності за 2020 рік склав 5,7‰ (2019 р. - 6,2‰). Найвищі показники у: Заліщицькому (12,3‰), Шумському (12,0‰), Козівському (8,4‰), Бережанському (8,1‰), Монастириському (8,0‰) районах. По причинній структурі дитячої смертності на першому місці – перинатальна патологія - 24 випадки (53,3%), на другому – вроджені аномалії - 11 випадків (24,4%), на третьому – нещасні випадки - 5 випадків (11,1%).

Захворюваність на онкологічні захворювання за даний період часу збільшилась. Це пов'язано з погіршенням екологічної ситуації, покращенням виявлення онкозахворювань на ранніх стадіях.

У 2015 році показник осіб, у яких вперше виявлено онкозахворювання, складав 311,0 на 100 тис. населення. Цей показник коливається протягом даного періоду, а в 2019 році він становить 334,0 на 100 тис. населення.

Онкологічну допомогу населенню області надає Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер на 265 ліжок з поліклінічним відділенням, а також 20 онкологічних кабінетів, які працюють у складі поліклінік центральних районних, міських лікарень.

За даними регіонального канцер-реєстру в 2020 році в області зареєстровано 2752 нових випадків раку (в 2019 році – 3482 випадки ЗН). Захворюваність на злоякісні новоутворення становить 265,8 на 100 тис. населення (в 2019 році –334,0). Показник захворюваності значно нижчий

порівняно з 2019 роком, що пов'язано із зниженням рівня виявлення раку в зв'язку з пандемією коронавірусної інфекції та введенням карантинних заходів на території області. Така тенденція спостерігається в усіх районах та в м. Тернополі.

Найвищі показники захворюваності зареєстровані в Монастириському районі (332,2 на 100 тис. населення), м. Тернополі (322,1), Гусятинському (294,5) та Тернопільському (293,9) районах. Залишається низьким показник захворюваності в Кременецькому (189,4 на 100 тис. населення) районі. Із числа пацієнтів з вперше встановленим діагнозом злоякісного новоутворення мали стадію відповідно до класифікації TNM: I-II – 1058 (41,3%), III – 565 (22,0%), IV – 635 (23,9%). Для порівняння в 2019 році розподіл за стадіями був наступний: I-II – 1532 (47,3%), III – 618 (19,1%), IV – 691 (21,4%). Необхідно відмітити, що значно зменшилась абсолютна кількість пацієнтів з ранніми стадіями захворювання. Тобто, різкий спад виявлення злоякісних новоутворень, а відтак – показника захворюваності, відбувся, в першу чергу, за рахунок категорії пацієнтів без клінічних проявів захворювання, які протягом року не зверталися в лікувальні заклади та не проходили медичні огляди і обстеження. Тому, в 2021 році слід очікувати ще більше зростання показника запущеності раку.

Для оцінки стану обліку випадків злоякісних новоутворень та організації онкологічної допомоги як допоміжний критерій використовується співвідношення рівнів смертності і захворюваності. При визначенні цього показника встановлено, що по області в 2020 році він склав 0,50, тобто на кожні 100 зареєстрованих випадків захворювання на злоякісні новоутворення було зареєстровано 50 смертей від цієї патології. Всього на диспансерному обліку приводу онкологічних захворювань в Тернопільській області перебуває 26726 пацієнтів. Поширеність онкологічних захворювань серед населення області в 2020 році становить 2581,1 на 100 тис. населення. Спостерігається накопичення контингентів хворих на злоякісні новоутворення в області на 2,2%.

Якість онкологічної допомоги населенню області оцінюється за показниками: занедбаність онкологічного процесу, відсоток активного виявлення злоякісних новоутворень на онкопрофоглядах, летальність до року, морфологічна верифікація діагнозу та охоплення спеціальним лікуванням. Із цих показників вираховується рейтинг організації онкологічної допомоги кожного району.

В 2020 році в 23,7% випадків вперше діагностованих злоякісних новоутворень захворювання виявлено в запущеній стадії. Показник запущеності дещо нижчий порівняно з 2019 роком, коли він становив 21,4%.

Кількість осіб, що хворіють на активний туберкульоз на 100 тис. населення у 2015 році становив 38,3. За останній період цей показник зменшився і становить 34,4 на 100 тис. населення у 2019 році.

За 2020 рік по області взято на диспансерний облік за всіма формами активного туберкульозу 190 чол. проти 362 за 2019 році. Захворюваність відповідно зменшилась з 34,4 до 18,2 на 100 тис. населення. Збільшення зареєстровано у 2 районах області. Ріст захворюваність на 100 тис. нас. у: Заліщицькому 26,7 (2019 р — 24,2), Лановецькому 27,6 (2019р — 23,8) районах.

Турбує те, що питома вага бацилярних форм туберкульозу легень серед ВДТБ збільшилась до 75,2% з 70,7% (із 190 виявлених 124 бацилярних), які несли чи несуть небезпеку для оточуючого населення. Серед дітей зареєстровано 4 випадки (Бережанський - 1, Борщівський -1, Підволочиський — 1, 1 випадок в м. Тернопіль). Серед них 2 випадки туберкульозу легень. Питома вага деструктивних форм туберкульозу легень збільшилась з 52,0% до 57,0%. У 5 районах деструктивні форми становили більше 50%: Монастириський (100,0%), Зборівський (100,0%), Підволочиський (80,0%), Кременецький (75,0%), Збаразький (70,0%).

Госпітальна захворюваність за 2020 р. серед усіх виписаних і померлих пацієнтів в стаціонарі зареєстровано 151809 випадків захворювань, в тому числі серед дорослих 18 р. і старше — 129261 випадок, серед дітей 0-17 р. включно — 22548 випадків. Госпітальна захворюваність становить 14661,2 на 100 тис.

всього населення, у дорослих 18 р. і старше — 15365,1 на 100 тис. населення, серед дітей 0-17 р включно — 116,1 на 1 тис. відповідного населення.

Серед районів високий рівень госпітальної захворюваності серед дорослого населення (18 і старше) реєструється у Шумському — 16185,7, Ланівецькому — 14254,4, Підгаєцькому — 12757,8, Козівському - 12409,5, Заліщицькому - 12126,1 районах на 100 тис. відповідного населення. Низький рівень госпітальної захворюваності серед дорослого населення (18 і старше) спостерігається у Тернопільському — 4764,1, Теребовлянському - 7950,1 районах на 100 тис. відповідного населення.

В структурі госпітальної захворюваності серед дорослого населення (18 і старше) на першому місці - хвороби системи кровообігу — 20,4%, на другому — хвороби органів дихання — 14,2%, на третьому — новоутворення - 8,5%. Серед дитячого населення (0-17 років включно) високий рівень госпітальної захворюваності у Шумському - 128 ,9, Підгаєцькому - 113,3, Заліщицькому — 113,8 на 1 тис. населення. Низький рівень захворюваності у Тернопільському — 1,9, Буцацькому — 41,4, Зборівському - 52,4 районах.

В структурі госпітальної захворюваності серед дитячого населення (0-17 років включно) на першому місці - хвороби органів дихання 42,5%, на другому - хвороби органів травлення — 11,5%, на третьому — травми і отруєння — 8,2%.

Таблиця 3.2

## Показники госпітальної захворюваності по вікових групах

Вікова група	Госпітальна захворюваність за 2019 рік	Госпітальна захворюваність за 2020 рік
Все населення (на 100 тис. населення)	22146,2	14661,2
Дорослі 18 р. і старше (на 100 тис. населення)	22198,0	15365,1
Діти 0-17 р. (на 1 тис. населення)	219,2	116,1

На особливу увагу при аналізі заслугове стаціонарозамінні форми медичної допомоги. Станом на 01.01.2021 року у закладах охорони здоров'я

області функціонує розгорнута мережа денних і домашніх стаціонарів. За 2020 рік число ліжок в денних стаціонарах зменшилось і становить 1442 проти 1670 у 2019 році. Показник на 10 тис. населення становить 13,9 у 2020 році (16,0 у 2019 році).

Таблиця 3.3

Динаміка змін мережі ліжкового фонду денних стаціонарів  
та стаціонарів вдома

Показники	2016	2017	2018	2019	2020
Число ліжок	1687	1749	1743	1670	1442
Число ліжок на 10 тис. населення	15,9	16,6	16,6	16,0	14,0
Число пролікованих	100574	100200	102871	93164	57543
Число пролікованих на 10 тис. населення	946,6	948,9	980,6	893,5	556,1
Число пролікованих в домашніх стаціонарах	78986	79126	75634	59059	46281
Число пролікованих вдома на 10 тис. населення	737,8	749,3	721,0	566,4	446,1

В денних стаціонарах за 2020 рік проліковано 57543 хворих (у 2019р. – 93164). Показник пролікованих хворих на 10 тис. населення становить у 2020 р. – 556,1, у 2019 році – 893,5. За 2020 рік в домашніх стаціонарах проліковано 46281 хворих, у 2019 р. – 59059. Показник пролікованих хворих на 10 тис. населення становить у 2020 р. – 446,1, у 2019 році – 566,4.

Розвиток стаціонарної медичної допомоги населенню області здійснювався у напрямку подальшої раціоналізації інфраструктури лікарняних закладів, підвищення економічного використання їх ліжкового фонду, поліпшення якості та ефективності медичної допомоги. Станом на 01.01.2021 року в області функціонує широка мережа лікарняних закладів різного типу (54 закладів із загальною потужністю ліжкового фонду 7451 ліжок, 2019 р. – 7924). У 2020 році ліжковий фонд скорочено на 518 ліжок (КНП «Тернопільська міська лікарня № 2» ТМР збільшила ліжковий фонд на 45 ліжок). Забезпеченість ліжками становить 72,0 на 10 тис. населення, проти 76,0 - 2019 р.

За 2020 рік в стаціонарах області проліковано 150831 хворий, 2019 р - 231042 хворих, що на 80211 хворих менше минулого року. З 7451 ліжок 3261 ліжко розгорнуто в районах області, що становить 43,8%. В міських закладах Тернополя розгорнуто 975 ліжок – 13,1% . Ліжковий фонд обласних закладів складає 3215 ліжок, що становить 43,2%.

Найнижчий показник зайнятості ліжка у: Тернопільському — 155,9, Бережанському — 160,3, Підволочиському – 179,9 районах. Високий показник роботи ліжка у: Лановецькому — 270,1, Шумському — 298,0, Борщівському — 243,0 районах. Вищевказаним районам необхідно проаналізувати роботу ліжка та вивчити питання ефективності роботи ліжок денного і домашнього стаціонару.

З питань формування єдиного інформаційного простору в регіоні Центром проводиться підготовка та видання довідників та аналітичних оглядів стану здоров'я, ресурсів охорони здоров'я та їх використання та діяльності медичних закладів. Центр проводить організаційно-методичне забезпечення підготовки та проведення акредитації та ліцензування медичних закладів незалежно від відомчого підпорядкування та форм власності.

Дії усіх лікувально-профілактичних закладів області у 2020 році були спрямовані на реалізацію конституційного права мешканців Тернопільщини на охорону здоров'я, виконання Указів Президента України, постанов Кабінету Міністрів України інших законодавчих актів, які передбачають проведення глибоких структурних змін у медичній галузі, запровадження європейських стандартів забезпечення права громадян на медичну допомогу, кінцевим результатом чого є збереження генофонду нації. Зусилля медичної галузі області скеровуються на реалізацію пріоритетних напрямків галузі охорони здоров'я, серед яких: охорона материнства та дитинства; зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності від серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань, туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, онкологічних захворювань.

Робота відділу моніторингу і оцінки Тернопільського центру громадського здоров'я по ефективному функціонуванню системи моніторингу

та оцінки програмних заходів протидії туберкульозу, ВІЛ в області проводиться згідно Плану реалізації Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню Тернопільської області на 2019 – 2023 роки.

Підрозділом відділу моніторингу і оцінки є сектор імунопрофілактики.

На сьогодні імунопрофілактика визнана одним з найуспішніших і економічно ефективних заходів у сфері громадського здоров'я. Основними її цілями є збереження здоров'я населення через зниження рівня захворюваності, смертності та інвалідності від інфекційних хвороб, формування колективного імунітету та зниження витрат системи охорони здоров'я на лікування інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики.

Основна робота сектору полягає в отриманні звітності із закладів охорони здоров'я області, опрацювання та узагальнення її, відправка до ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». Крім того проводиться аналіз виконання запланованих обсягів, інформація за результатами направляється як на місця до закладів охорони здоров'я, так і до управління охорони здоров'я облдержадміністрації; планування профілактичних щеплень на наступні роки та заявка щодо потреби в імунобіологічних препаратах.

В 2020 році прослідковується чітка тенденція до зниження рівня охоплення профілактичними щепленнями за рахунок впливу пандемії коронавірусної хвороби. Показники виконання в області щодо більшості нозологій нижчі, ніж за аналогічний період минулого року. Проте, за 10 місяців охоплення проти кору, паротиту та краснухи дітей у віці 1 рік сягнуло 71%, у 6 років – 73%, щеплено проти гемофільної інфекції в 1 рік – 81,6%.

Важливим розділом профілактики є формування здорового способу життя.

Розроблено та затверджено стратегію розвитку та стратегічний план розвитку системи громадського здоров'я. Розроблено та затверджено комунікаційну стратегію КНП «Тернопільський обласний центр громадського здоров'я» ТОР.

Розроблено проект регіональної програми громадського здоров'я з урахуванням проведеної оцінки. Проведено фінансово-економічні розрахунки програми громадського здоров'я. Розроблено План відділу моніторингу і оцінки виконання заходів регіональної програми громадського здоров'я.

Спеціалісти КНП «Тернопільський обласний центр громадського здоров'я» проводять соціологічні дослідження: анкетування, тестування по вивченню рівня санітарної культури населення області.

На базі КНП «Тернопільський обласний центр громадського здоров'я» ГОР функціонує «Ліцей здорового способу життя» для населення. В програму Ліцею введено семінарські заняття по раціональному та дієтичному харчуванню, по профілактиці серцево-судинних захворювань, імунопрофілактиці. На практичних заняттях курсантів навчають техніці вимірювання артеріального тиску, наданню першої долікарської допомоги при гіпертонічних кризах, колапсі, зупинці серця. За 2020 рік ліцей відвідало 228 чоловік.

Відділом стратегічного розвитку та матеріально-технічного забезпечення Центру проводився:

- моніторинг матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних закладів області;
- моніторинг забезпечення надійної експлуатації будівель, споруд, котелень, систем опалення, зовнішніх тепломереж;
- розробка та впровадження обласної програми енергоефективності та енергозбереження в лікувальних закладах області;
- контроль за підготовкою медичних закладів до роботи в осінньо-зимовий період (заготівля продуктів харчування, палива);
- аналіз споживання паливно-енергетичних ресурсів в лікувально-профілактичних закладах області;
- контроль за резервними джерелами електроживлення і їх готовність до роботи та переведення електроспоживачів на I категорію надійності електроспоживання реанімаційних, операційних, пологових відділень;



- постійний контроль за додержанням вимог стандартів з метрології та правильності виконання вимірювань, за використанням і станом засобів вимірювальної техніки та метрологічним забезпеченням діяльності закладів охорони здоров'я;
- заявки медичних закладів на забезпечення високовартісним сучасним медичним обладнанням, автотранспорту та веде контроль за використанням даного обладнання та експлуатацією автомобілів;
- контроль за додержанням вимог з питань роботи охорони праці, техніки безпеки та пожежної безпеки, атестації робочих місць в лікувально-профілактичних закладах області;
- навчання з питань охорони праці посадових осіб управління охорони здоров'я облдержадміністрації та медичних закладів області;
- участь в акредитаційних та інших комісіях лікувально-профілактичних закладів області та атестаційних комісіях лабораторій;
- програмно-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я, постійне функціонування засобів електронного зв'язку;
- консультативно-методичний супровід інвестиційних програм розвитку.

### 3.3 Стратегічні завдання центрів громадського здоров'я

Найбільш успішним та економічно ефективним заходів у сфері громадського здоров'я є імунопрофілактика. Щороку завдяки проведенню заходів з імунопрофілактики вдається врятувати від 2 до 3 млн. дітей у всьому світі та запобігти настанню 1,5 млн. летальних випадків від інфекційних хвороб.

На сьогоднішній день імунопрофілактика є одним з найдієвіших та економічно вигідних заходів у сфері громадського здоров'я. Відповідно до статистичних даних, від 2 до 3 млн. дітей у світі було врятовано завдяки заходам з імунопрофілактики. 1,5 млн. летальних випадків від інфекційних хвороб вдалось уникнути завдяки масовому охопленню населення профілактичними щепленнями.

Для забезпечення і підтримки сприятливого епідеміологічного порогу в Україні стосовно інфекційних хвороб, яких можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактичних заходів, необхідно провести плановий обсяг охоплення населення профілактичними щепленнями, рекомендований Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Для цього необхідно сформувавши стратегію розвитку імунопрофілактики. На рис. 3.3 представлено мету стратегії імунопрофілактики і основні напрями її забезпечення.

Метою Стратегії є необхідність забезпечення зниження рівня захворювання інфекційними хворобами, яких можна уникнути шляхом проведення імунопрофілактичних заходів, смертності та інвалідності в результаті інфекційних хвороб з використанням якісних, безпечних продуктів харчування і технологій, які можуть бути доступними всім верствам населення (див. рис. 3.3).

Основними напрямами реалізації даної Стратегії є:

1. пріоритетність проведення заходів з імунопрофілактики населення, удосконалення відповідного законодавства та забезпечення стабільного фінансування визначених заходів;

2. доступність для населення до безпечних, ефективних та економічно обґрунтованих заходів щодо імунопрофілактики;
3. формування суспільної думки щодо усвідомлення цінності та важливості імунопрофілактики та забезпечення соціального попиту на обов'язкові профілактичні щеплення;
4. оптимізація і підтримка сталого функціонування систем для проведення моніторингу та оцінки ефективності заходів з імунопрофілактики.

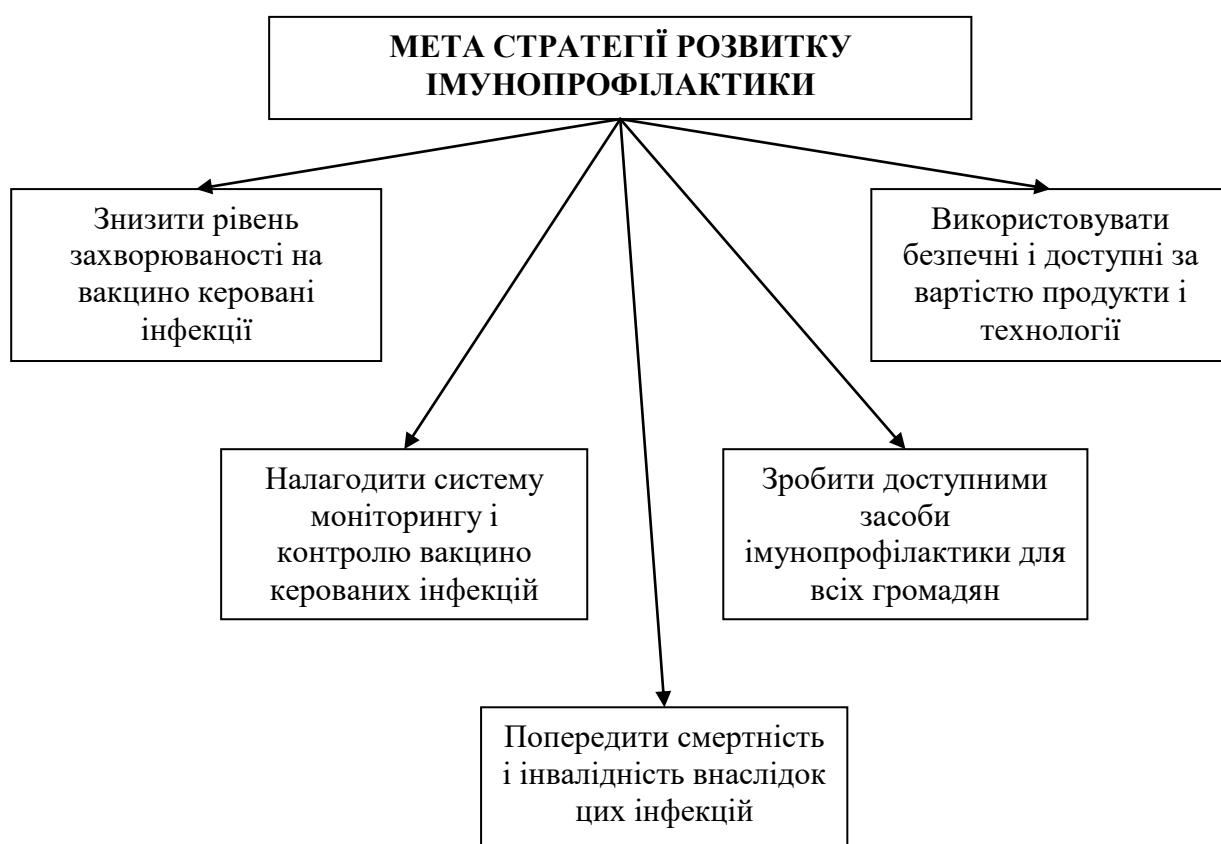


Рис. 3.3 Мета стратегії розвитку імунопрофілактики

Для реалізації даної Стратегії необхідно:

1. запровадження необхідного фінансування заходів з імунопрофілактики відповідно до результатів проведеного аналізу з наслідків недостатнього рівня охоплення населення щепленнями, а також

- розробка економічних прогнозів для сфери охорони здоров'я та економіки країни в цілому;
2. формування порядку визначення потреби в вакцинах та медичних виробках, які необхідні для профілактичних щеплень, і виконання визначених планів заходів з проведення профілактичних щеплень;
  3. покращення ефективності системи закупівель медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, які потрібні для профілактичних щеплень, завдяки проведенню щорічного аналізу даної системи закупівель;
  4. проведення заходів з імунопрофілактики в частині охоплення окремих цільових груп населення, які є не вакцинованими в повному обсязі відповідно до графіку профілактичних щеплень;
  5. забезпечення фінансування медичних імунобіологічних препаратів за рахунок коштів державного бюджету, зокрема тих, які призначені для проведення екстреного лікування інфекційних хвороб, що відповідають високому рівню летальних випадків (дифтерія, сказ, правець, ботулізм, туляремія) та їх профілактики, що супроводжуються високим рівнем летальності;
  6. упорядкування вітчизняних нормативно-правових актів з метою їх гармонізації з нормами міжнародного права, які регулюють питання імунопрофілактики;
  7. визначення порядку проведення координації і співпраці центральних органів виконавчої влади, закладів сфери охорони здоров'я, професійних об'єднань громадян та представників громадянськості, залучених до проведення заходів з імунопрофілактики;
  8. спрощення процедур державної реєстрації і ввезення на територію України лікарських засобів і препаратів, включених до переліку засобів з попередження загрози виникнення епідемій інфекційних хвороб і отруєнь, задля оптимізації конкуренції на національному ринку

медичних імунобіологічних препаратів через розширення їх асортименту;

9. внесення змін до нормативно-правових актів щодо проведення процедури реєстрації (перереєстрації) медичних імунобіологічних препаратів (вакцин/сироваток);

10.впорядкування порядку проведення процедур виявлення, реєстрації, повідомлення, ведення постійного обліку, звітності, вивчення випадків несприятливих подій після проведення імунізації і встановлення причинно-наслідкових зв'язків між подіями, що призвели до захворювання та медичним імунобіологічним препаратом, який застосовувався.

Реалізація даної Стратегії спрямована на досягнення наступних результатів:

1. охоплення процесами вакцинації трьох доз адсорбованої коклюшно-дифтерійно-правцевої вакцини в межах не менше 95 % громадян на загальнодержавному рівні, зокрема на обласному рівні – 90 відсотків;

2. дотримання в межах не менше 80 % цільових груп громадян, які не імунізувалися в 2008—2016 роках, однією дозою вакцини проти дифтерії, краснухи, правця, кору та епідемічного паротиту відповідно до вікової категорії через здійснення допоміжних заходів з імунопрофілактики (турова імунізація, національні дні імунізації або форсована планова імунізація);

3. забезпечити охоплення вакцинацією трьома дозами поліомієлітної вакцини не менше 95 % громадян; забезпечити відсутність випадків передачі дикого та циркулюючого вакциноспорідненого вірусу поліомієліту;

4. сприяти перериванню більше ніж на 12 місяців передавання ендемічних вірусів кору і краснухи;

5. вакцинування першою дозою вакцини проти гепатиту В (в перші 24 години після народження) 95 % громадян;

6. забезпечити МОЗ проводити фінансування заходів щодо імунопрофілактики у відповідні терміни профілактичних щеплень;

7. сприяти відсутності перебоїв в поставках і формуваннях необхідних потреб у якісних та безпечних вакцинах та медичних засобах для профілактичних щеплень в усіх адміністративно-територіальних одиницях.

Фінансування реалізації Стратегії здійснюється з використанням коштів державного і місцевих бюджетів в межах асигнувань, що передбачені на плановий рік, міжнародної організаційно-технічної допомоги, благодійної та іншої безповоротної допомоги і інших джерел [22].

В Україні діє Державна стратегія протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам, реалізація якої запланована до 2030 року.

Таблиця 3.3

## Показники захворюваності на туберкульоз в Україні у 2020 році []

№	Назва області	На 100 000 населення
1.	Одеська	91,8
2.	Дніпропетровська	63,2
3.	Херсонська	59,6
4.	Донецька	56,5
5.	Кіровоградська	55,5
6.	Запорізька	53,2
7.	Закарпатська	51,6
8.	Волинська	48,5
9.	Луганська	47,8
10.	Миколаївська	47,8
11.	Київська	47,4
12.	Житомирська	44,4
13.	Львівська	44,0
14.	Чернігівська	44,0
15.	Сумська	41,9
16.	Черкаська	40,7
17.	Хмельницька	37,2
18.	Черкаська	36,5
19.	Хмельницька	36,4
20.	Полтавська	35,2
21.	Рівненська	33,9
22.	Харківська	29,2
23.	Вінницька	28,0
24.	Івано-Франківська	29,2
25.	м. Київ	28,0
26.	Чернівецька	22,8
27.	Тернопільська	21,6
28.	Україна	42,2

Так, захворювання на активний туберкульоз, включно з можливими рецидивами, серед дітей (0–17 років) у 2020 році скоротилася на 32,1%. У 2019 році цей показник становив 10,6 на 100 000 населення, а у 2020 році — 7,2 на 100 000, або 803 та 540 в абсолютних показниках.

Захворювання на туберкульоз у поєднанні з ВІЛ/СНІДом у 2020 році скоротилася на 35%: до 2860 випадків у порівнянні з 4398 у 2019 році (відповідно до 6,9 з 10,5 на 100 000 осіб).

Високі рівні захворювання населення на туберкульоз зареєстровано в Одеській (2171 випадок), Дніпропетровській (2005), Львівській ( 098) областях та підконтрольній Україні частини Донецької (1065) області. Водночас, у Тернопільській області зафіксовано найвищий показник зниження рівня захворювання — на 48,9%. Також помітне суттєве скорочення даного показника у Чернівецькій (43,8%), Вінницькій (39,4%), Івано-Франківській (41,9%) областях та у м. Києві (37,8%).

З 2020 року передбачено проведення змін у фінансовому забезпеченні лікування туберкульозу та наданні медичної допомоги. Велика кількість даних послуг заплановано профінансувати за рахунок коштів, виділених на програми медичних гарантій, а саме, амбулаторне лікування пацієнтів на туберкульоз і стаціонарну допомогу (за умов показань для необхідної госпіталізації).

З метою активізації діяльності щодо впровадження в Україні якісного лікування, догляду та підтримки людей, яких торкнулася проблема туберкульозу, Центр громадського здоров'я підписав меморандум про співпрацю з ТВ reople Ukraine. Також ЦГЗ і Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією уклали нову угоду про надання Україні фінансування на боротьбу з ВІЛ/СНІДом і туберкульозом на 2021–2023 роки.  
[3]

Україна приєдналася до Глобальної стратегії, ухваливши Державну стратегію протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 року [20].

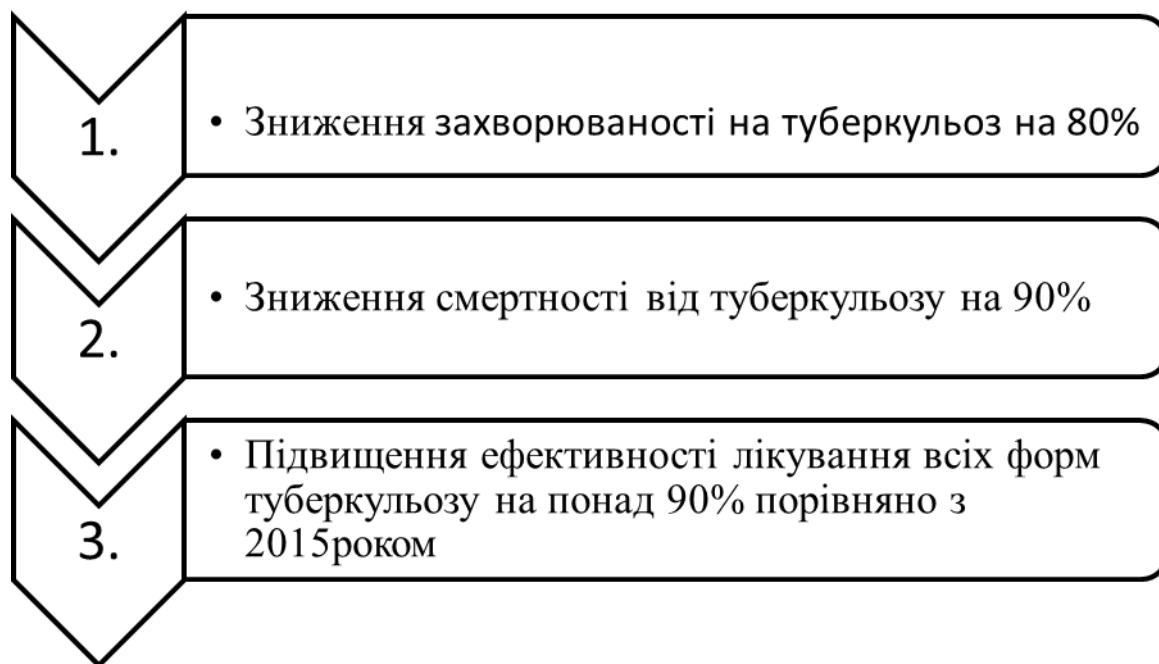


Рис. 3.5 Цілі державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції / СНІДУ, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 року

Перспективною метою Стратегії визначено необхідність подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусних гепатитів як світових загроз здоров'ю населення і покращення якості та тривалості життя, скорочення рівня захворюваності, інвалідності та скорочення смертельних випадків через створення і функціонування високо ефективних, інноваційних систем з надання якісних та доступних послуг та профілактики, діагностики, лікування, догляду і підтримки населення, який базуються на правах і потребах населення.

**Стратегічними завданнями в даному документі є:**

- зниження рівня захворюваності на 80%;
- зниження рівня смертності на 90%;
- підвищення показників ефективності лікування усіх форм ТБ, а саме стійкого туберкульозу на понад 90% порівняно з 2015 роком.

**З метою досягнення визначених цілей необхідно виконати наступні завдання:**



- сприяти максимальному забезпеченню амбулаторного лікування туберкульозу, яке передбачатиме його соціальну підтримку;
- реорганізувати мережу протитуберкульозних закладів відповідно до епідеміологічного стану та викликів захворювання в кожній області;
- забезпечити фінансування закладів боротьби проти туберкульозу на основі механізму, спрямованого на результат лікування;
- населення повинно бути поінформованим про основні поняттями щодо лікування туберкульозу;
- сприяти виявленню туберкульозу і латентної туберкульозної інфекції на ранній стадії;
- передбачити необхідність охоплення профілактичними заходами щодо туберкульозу усі основні групи населення та ВІЛ-інфіковані особи;
- основним пріоритетним заходом має стати швидке реагування на стійкість до протитуберкульозних препаратів при застосуванні молекулярно-генетичних методів лабораторної діагностики;
- забезпечити лікування хворих на туберкульоз в комфортних умовах, безпечних для пацієнта, з короткими термінами.

В Україні затверджено Національну стратегію контролю онкологічних захворювань до 2030 року. Затвердження даної Національної стратегії обумовлено необхідністю удосконалення державної діяльності зі сприяння зниженню захворюваності та смертності, яка спричинена онкологічними захворюваннями, сприяти покращенню якості життя населення, створювати системи надання доступних високоякісних медичних послуг в Україні, а також розв'язання проблем у даній сфері.

Реалізацію Національної стратегії передбачається реалізовувати за такими стратегічними напрямками:

1. профілактика онкологічних захворювань через зниження впливу факторів ризику, постійного інформування населення про фактори ризику виникнення злоякісних новоутворень, необхідність проходження

профілактичних медичних оглядів із залученням населення до здорового способу життя;

2. рання діагностики онкозахворювань;

3. сталий та рівний доступ до мережі закладів охорони здоров'я з метою діагностування та лікування онкозахворювань;

4. сприяння розвитку високоякісних та доступних медичних послуг, які надаються при онкологічних захворюваннях у дітей і дорослих на основі мультидисциплінарного підходу, а також необхідність забезпечення гідного догляду і підтримки дітям з онкологічними захворюваннями та їхнім сім'ям;

5. сприяти забезпеченню психологічної підтримки населення на всіх етапах діагностики і лікування, а також реабілітації хворим онкологічними захворюваннями;

6. забезпечення надання паліативної медичної допомоги онкохворим та психологічної підтримки особам, які здійснюють догляд за цими пацієнтами;

7. забезпечити удосконалення системи реєстрації онкозахворювань, медичної допомоги і результатів спостереження за пацієнтами онкологічного профілю в контексті відстеження динаміки та встановлення оцінки результатів заходів контролю за цими захворюваннями;

8. сприяти підвищенню рівня професійної освіти лікарів та медичних працівників, щоб забезпечити зростання кількості та якості кадрових ресурсів;

9. проведення фундаментальних і прикладних досліджень, у тому числі сприяння підтримці технічних розробок з використанням результатів для контролю онкозахворювань [8].

Результатами реалізації Національної стратегії є:

1. зниження рівня захворювання на злоякісні новоутворення;

2. зниження рівня смертності від онкозахворювань у дорослих та дітей, зокрема досягнення щонайменше 80% рівня 5-річної загальної виживаності дітей з онкозахворюваннями;

3. зростання рівня загального виживання пацієнтів онкологічного профілю, підвищення рівня виживання до року;

4. підвищення якості життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями;

5. зменшення чисельності домогосподарств, які зазнають фінансової катастрофи через випадки з онкозахворюваннями.

В Україні затверджено Стратегію впровадження вакцини від гострої респіраторної хвороби COVID-19, яка спричинена коронавірусом SARS-CoV-2, і проведення масової вакцинації у відповідь на пандемію COVID-19 в Україні у 2021-2022 роках.

Дорожню карту по боротьбі з захворюваністю підготовлено за участі національних та міжнародних партнерів у сфері громадського здоров'я і імунізації, Національної технічної групи експертів з імунопрофілактики, державних органів виконавчої влади та розглянуто на засіданнях оперативного штабу Міністерства охорони здоров'я України з реагування на ситуацію з поширення інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом вакцинації.

Найважливішим компонентом стратегії Уряду України у подоланні гострої фази пандемії коронавірусної хвороби COVID-19 є імунізація населення вакциною проти коронавірусної хвороби COVID-19. Основною метою проведення масової вакцинації громадян є зупинення розповсюдження коронавірусної хвороби COVID-19 в Україні.

Виконання заходів Дорожньої карти щодо імунізації населення передбачає досягнення таких цілей:

1. скорочення смертності, пов'язаної із коронавірусом COVID-19;
2. скорочення ускладнень здоров'я населення, пов'язаних з коронавірусною хворобою COVID-19.

Основним завданням Дорожньої карти з вакцинації протягом 2021-2022 років є охоплення вакцинацією не менше 50% населення України (20866390 людей).

Результати економіко-математичного моделювання показують, що з метою зниження поширення коронавірусної хвороби COVID-19 та смертності від неї, ефективну вакцину повинні отримати від 60% до 80% громадян.

Насамперед проведення щеплень проти коронавірусної хвороби COVID-19 рекомендують проводити:

1) медичним працівникам (лікарям, середньому та молодшому медичному персоналу, адміністративному та іншому персоналу системи Міністерства охорони здоров'я, інших відомств і міністерств), включаючи також осіб, які беруть участь у заходах з протидії пандемії – 678896;

2) військовослужбовцям (включаючи Збройні сили України і Національну гвардію України), які приймають участь в Операції об'єднаних сил – 45000;

3) працівникам соціальної сфери, включаючи соціальних працівників – 156871;

4) особам, що проживають у закладах (установах) з надання довгострокового догляду та підтримки, персонал цих закладів – 136353;

5) людям похилого віку (60 років і старше) – 9978194, в тому числі 7038164 чоловік із супутніми захворюваннями, які перебувають у групі ризику з розвитку ускладнень та настання смерті в зв'язку із захворюванням на коронавірусної хвороби COVID-19 (особи, у яких діагностовано оізні захворювання ендокринної системи, серцево-судинні захворювання, хронічні захворювання дихальних шляхів, хронічні захворювання нервової системи, хронічні захворювання сечовидільної системи, онкологічні захворювання, хронічні захворювання органів кровотворення та крові);

6) працівникам структур державної безпеки, в тому числі працівникам Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Національної поліції України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, військовослужбовцям Збройних Сил України, Міністерства внутрішніх справ України – 570733;

7) вчителям та іншим працівникам сфери освіти – 1428 055;

8) особам, які перебувають в місцях позбавлення волі та/або слідчих ізоляторах та працівникам місць позбавлення волі та/або слідчих ізоляторів – 65839;

9) дорослим (віком від 18 до 59 років) із супутніми захворюваннями, які перебувають у групі ризику з розвитку, ускладнень та смертності у зв'язку із захворюванням на хворобу COVID-19 (особам, яким встановлено діагноз захворювань ендокринної системи, серцево-судинних захворювань, хронічних захворювань дихальних шляхів, хронічних захворювань нервової системи, сечовидільної системи, онкологічних захворювань, хронічних захворювань органів кровотворення та крові) – 6370378.

10) іншим категоріям населення та професійним групам, які знаходяться у групі ризику з інфікування хворобою COVID-19, які не увійшли до груп, вище зазначених, включаючи громадян України, що проживають на тимчасово окупованих територіях – 1716796.

Кампанію з вакцинації від хвороби COVID-19 у 2021-2022 році рекомендовано проводити за наступними етапами:

1) етап 1: проведення вакцинації населення із критичним ризиком інфікування і розвитку хвороби COVID-19 та тих осіб, які виконують медичні функції у відповідь на пандемію хвороби COVID-19: планове охоплення: близько 367000 осіб; процедура здійснення вакцинації: вакцинація бригадами швидкого реагування;

2) етап 2: проведення вакцинації населення із надзвичайно високим ризиком інфікування та розвитку хвороби COVID-19, а також тих, хто надає медичні послуги:

– заплановано охоплення: близько 2,5 мільйонів осіб;

– процедури здійснення вакцинації: шляхом охоплення мережі первинної медичної допомоги та бригадами швидкого реагування;

3) етап 3: проведення вакцинації населення з високим ризиком інфікування та розвитку хвороби COVID-19, а також тих, хто виконує функції з підтримки безпеки і життєдіяльності держави:

– заплановано охоплення: близько 7,2 мільйонів осіб;

– процедури здійснення вакцинації: шляхом охоплення мережі первинної медичної допомоги та бригадами швидкого реагування;

4) етап 4: проведення вакцинації населення з підвищеним ризиком інфікування та розвитку хвороби COVID-19 та тих, хто виконує функції із підтримки безпеки та життєдіяльності держави:

– заплановане охоплення: близько 11 мільйонів осіб;

– процедури здійснення вакцинації: шляхом охоплення мережі первинної медичної допомоги та бригадами швидкого реагування;

5) етап 5: проведення вакцинації інших категорій населення, що не входять до вище зазначених пріоритетних груп.

### 3.4 Перспектива розвитку центрів громадського здоров'я в Україні та Тернопільській області

Доказовим є той факт, що широкий спектр профілактичних напрямів рентабельний. Це, зокрема, заходи, які стосуються екологічних і соціальних детермінантів здоров'я, які підвищують стійкість і сприяють здоровій поведінці населення, вакцинації та скринінговим обстеженням.

Дослідження ВООЗ демонструють, що профілактика є економічно ефективною як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективах. Крім того, інвестиції в охорону здоров'я генерують економічно ефективні результати для здоров'я та можуть сприяти більшій стійкості, отримуючи економічні, соціальні й екологічні переваги. Навіть невеликі інвестиції в громадське здоров'я обіцяють значні вигоди для громадського здоров'я, економіки й інших секторів [26].

Фактичні дані свідчать, що інвестиції в громадське здоров'я загалом економічно вигідні для сектору охорони здоров'я, інших секторів та економіки в широкому розумінні з розрахунку чотириразового повернення від кожного вкладеного долара США. Дані свідчать, що профілактичні заходи сприяють зниженню смертності від серцево-судинних захворювань на 50–75 % у країнах з високим рівнем доходів і на 78 % у світі. Втручання, які довели свою ефективність у боротьбі з тютюном та зловживанням алкоголем, скорочення споживання солі та підвищення фізичної активності. Найкращим таким втручанням для боротьби з інфекційними хворобами визнано вакцинацію та втручання, які зосереджені на вирішенні питань соціальних та екологічних детермінантів [30].

У звіті ВООЗ щодо зменшення економічного впливу неінфекційних хвороб у країнах з низьким і середнім рівнем доходу підраховано, що для зменшення витрат на охорону здоров'я необхідні додаткові інвестиції в розмірі 1–4 % поточних витрат на охорону здоров'я. Інвестиції у профілактичні заходи

можуть дати прибуток протягом 1–2 років. Прикладами можуть слугувати заходи, спрямовані на зміцнення психічного здоров'я, запобігання насиллю та дорожньо-транспортному травматизму, підвищення рівня фізичної активності, теплоізоляцію житлових приміщень [6].

У 2018 році прийнято Національний план дій щодо неінфекційних захворювань для досягнення Глобальних цілей сталого розвитку. МОЗ України разом з іншими міністерствами розпочинає довготривалу національну кампанію для запобігання неінфекційним захворюванням. Мова йде про розробку та реалізацію інформаційної політики і проведення масштабної роз'яснювальної роботи щодо основних факторів ризику неінфекційних хвороб (тютюнокуріння, вживання алкоголю, нездорового харчування, недостатньої фізичної активності тощо) та їх наслідків для здоров'я [28].

У 2019 році в Україні вперше проводиться STEPS –загальнонаціональне дослідження для вивчення поширеності факторів ризику неінфекційних захворювань (НІЗ). Дослідження STEPS відображає поетапний підхід ВООЗ до епіднагляду за факторами ризику НІЗі є простим стандартизованим методом збору, аналізу і поширення даних у країнах – членах ВООЗ. Воно дозволить отримати об'єктивну інформацію про поширення факторів ризику НІЗ. Наявність надійних даних про розподіл головних ризиків НІЗ на рівні населення країни сприятиме розробці релевантних політик для впровадження ефективних інтервенцій для профілактики та контролю поширення НІЗ в Україні.

Розвиток програм контролю інфекційних захворювань та імунопрофілактики. Уперше за останні 7 років в Україні наявна достатня кількість вакцин, щоб охопити імунізацією всі вікові групи, які цього потребують відповідно до законодавства (завдяки переходу на міжнародні закупівлі). Україна перейшла на трирічне планування закупівлі вакцин з метою забезпечення безперебійного постачання вакцин на територію України та стратегічного багаторічного планування постачань вакцин, створено умови для



повного забезпечення потреб закладів охорони здоров'я в імунобіологічних препаратах для проведення щеплень [27].

Також запроваджено централізовану закупівлю витратних матеріалів. Проведено перегляд Календаря профілактичних щеплень та відмінено ревакцинацію від туберкульозу в 7 років, що зменшило кількість уколів для дитини під час проведення профілактичних щеплень. Зазначені дії дозволили збільшити показники охоплення профілактичними щепленнями дітей до 1 року: проти кору, краснухи та паротиту - 91% (2016 рік – 44,5%), кашлюку, дифтерії та правцю – 67,5% (2016 рік – 21%), гепатиту В – 65,2% (2016 рік – 28,8%), туберкульозу – 84% (2016 рік – 72,3%), поліомієліту – 69,2% (2016 рік – 60,8%).

Спрощено вимоги до Кабінетів щеплень, запроваджено пункти щеплень. Це сприятиме покращенню доступу до послуг з вакцинації для населення. Нова методологія проведення заходів з додаткової імунізації застосована у Львівській області. Майже 27 тисяч школярів Львівської області отримали щеплення. Мобільні бригади лікарів проводили вакцинацію в закладах освіти і після закінчення спецоперації 90% школярів області були вакциновані. Завдяки новій методиці виявляється реальна кількість не вакцинованих дітей та розробляється план охоплення щепленнями відповідно до ситуації в регіоні. Закупівлі ліків для лікування туберкульозу повністю профінансовані з державного бюджету. Зареєстровано інноваційні препарати Бедаквілінта Деламанід, які дозволяють забезпечити лікування пацієнтів хворих на туберкульоз з множинною та розширеною резистентністю.

Лікарям дозволено використовувати клінічні рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я нових клінічних протоколів, зокрема для лікування хворих на туберкульоз за короткими режимами лікування та новітніми препаратами. Оптимізовано схеми лікування ВІЛ-інфекції з позиції громадського здоров'я, що дозволило охопити антиретровірусною терапією 102432 особи (без урахування територій, не підконтрольних Уряду України) (2016 рік – 74 780 пацієнтів). Прийнято постанову КМУ № 497 від 12 червня 2019 року «Деякі питання надання послуг представникам групи підвищеного

ризиком щодо інфікування ВІЛ та людям, які живуть з ВІЛ», яка уможлиблює закупівлю послуг у сфері громадського здоров'я за кошти державного бюджету для підтримки людей, що живуть з ВІЛ.

Завдяки прийнятій Стратегії розвитку національної системи крові на період до 2022 року:

- створений механізм формування національної системи крові для впровадження в Україні європейських та міжнародних стандартів і практик діяльності системи крові;

- визначено шляхи та методи трансформації існуючої децентралізованої служби крові, результатом якої є відсутність рівноправного та своєчасного доступу громадян до якісних та безпечних компонентів донорської крові у необхідній кількості, у чітку централізовану трирівневу модель існування;

- проведено аналіз щодо системи забезпечення якості крові та її компонентів в 16 установах національної системи крові;

- затверджено Національний план дій боротьби зі стійкістю до протимікробних препаратів. Протягом найближчих років Україна зробить кроки для забезпечення раціонального використання протимікробних препаратів у медицині, ветеринарній медицині, харчовій промисловості. Ним передбачено посилення контролю за рецептурним відпуском антибіотиків аптечній мережі, обмеження застосування протимікробних препаратів в якості стимуляторів росту у тваринництві, птахівництві та рослинництві;

- впровадження дієвої системи епідеміологічного нагляду за антимікробною резистентністю. Заплановано впровадження заходів з інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та підходи щодо підготовки фахівців в медичній та немедичній галузях з питань раціонального використання протимікробних препаратів, а методи лабораторної діагностики відповідатимуть стандартам ЄС [10].

## ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

1. Громадське здоров'я – це наука про захист та поліпшення здоров'я людей та середовища в якому люди народжуються, проживають, працюють та старіють. Ця робота досягається шляхом пропаганди здорового способу життя, дослідження запобігання захворювань та травм, виявлення, попередження та реагування на інфекційні захворювання. Працівники сфери громадського здоров'я намагаються запобігти виникненню чи повторенню проблем шляхом впровадження освітніх програм, рекомендацій щодо політики, надання послуг та проведення досліджень - на відміну від таких клінічних працівників, як лікарі та медсестри, які зосереджуються насамперед на лікуванні людей після того, як вони захворіли або постраждали.

2. Створення в Тернополі центру Громадського здоров'я надало можливість більш ефективно проводити адресну роботу з формування у населення області тренду щодо здорового способу життя, гігієнічного виховання населення, впровадження у практику роботи медичних закладів профілактичних технологій, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я населення.

3. Громадське здоров'я відіграє ключову роль для досягнення високого рівня якості життя та благополуччя суспільства. В межах угоди про співпрацю з ЄС наша держава планує розвиватись у наступних стратегічних напрямках: біологічна безпека; попередження неінфекційних захворювань; освіта у ГЗ; комунікація.

4. Досягнення результатів у сфері громадського здоров'я напряду залежить від проінформованості та обізнаності населення. Тому, МОЗ планує розробити та впровадити програми заходів з профілактики; організувати базу даних про стан здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини.

5. Також існують дані, що завдяки профілактичним заходам, ризик смертності від серцево-судинних захворювань можна знизити до 50-75% у

країнах з високим рівнем доходів, та на 78% у всьому світі. Втручання, які довели свою ефективність у боротьбі з тягарем захворювань, ВООЗ назвала «найкращими надбаннями» (best buys), які мають високу економічну ефективність: законодавство щодо боротьби проти тютюну та зловживанням алкоголем, скорочення споживання солі та підвищення фізичної активності. Найкращим таким втручанням для боротьби з інфекційними хворобами визнано вакцинацію та втручання, які зосереджені на вирішенні питань соціальних та екологічних детермінантів.

На основі проведеного дослідження нами визначено основні напрями подальшого реформування системи громадського здоров'я області, зокрема:

- впровадження європейських стандартів в організацію надання медичної допомоги населенню на всіх етапах; здійснення аудиту якості медичної допомоги; постійна робота над зростання рівня задоволеності медичною допомогою населення;

- подальший якісний розвиток первинної медико-санітарної допомоги населенню області на засадах загальної практики/сімейної медицини;

- створення єдиних медичних територіальних просторів з метою концентрації матеріальних ресурсів та забезпечення надання високоякісної медичної допомоги;

- пріоритетний розвиток закладів охорони материнства і дитинства; регіоналізація перинатальної допомоги області з подальшим активним впровадженням ефективних перинатальних технологій;

- раціональне використання наявних ресурсів: оптимізація мережі лікувально-профілактичних закладів області та реструктуризація ліжкового фонду з урахуванням медико-економічної ефективності роботи ліжка;

- подальше створення центрів високоспеціалізованої, високотехнологічної медичної допомоги на базі провідних обласних лікарень;

- інтенсифікація розвитку стаціонарозамінних форм медичної допомоги (денні стаціонари, стаціонари вдома, стаціонари одного дня);

- удосконалення системи профілактичних медичних оглядів на засадах цільової диспансеризації населення, впровадження програм масового скринінгу населення;

- створення мережі хоспісних відділень;

- формування в області єдиної мережі закладів медичної реабілітації та відновного лікування хворих з врахуванням рекреаційних та кліматичних факторів регіону;

- реалізація програмно-цільового фінансування для розвитку пріоритетних напрямів медицини;

- інформатизація медичної галузі, подальша реалізація програми розвитку телемедицини;

- забезпечення раціонального, ефективного і справедливого використання наявних кадрових, фінансових та матеріальних ресурсів охорони здоров'я;

- забезпечення дотримання медичним персоналом норм лікарської етики та деонтології;

- покращення матеріально-технічного стану лікувально-профілактичних закладів, закупівля відповідного устаткування та новітньої медичної апаратури.

### Список використаних джерел

1. Громадське здоров'я і громадське медсестринство: Підручник для мед. ВНЗ I—III рів. акред. — 3-тє вид. Затверджено МОЗ / За ред. Є.Я. Складярова, М.Б. Шегедин, Б.Б. Лемішка. — К., 2011. — 224 с.
2. Грузєва Т, Гречишкіна Н, Литвинова Л. громадське здоров'я (publichealth) як нова спеціальність: сучасні підходи до викладання (на прикладі дебреценського університету, Угорщина). Україна. Здоров'я нації. 2017. 1 (42): 166-172.
3. Державна служба статистики України. URL:<http://www.ukrstat.gov.ua/>
4. Державна установа "Вінницький обласний лабораторний центр МОЗ України". Проблематика громадського здоров'я. Вінниця: ДУ «Вінницький ОЛЦ МОЗ України»; травень 2020р. URL:[http://cgz.vn.ua/problematika-gromadskogo-zdorovya/problematika-gromadskogo-zdorovya\\_445.html](http://cgz.vn.ua/problematika-gromadskogo-zdorovya/problematika-gromadskogo-zdorovya_445.html)
5. Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016. [Інтернет]. URL:<http://www.kmu.gov.ua/control/uk/caldnpd/?docid-249618799>.
6. Ляшко ВК, Півень НВ. ОПЕРАЦІЙНИЙ ПОСІБНИК «Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я». Київ: Центр ГЗ України МОЗ. 2020. 62.
7. Медичні статті. Епідеміологічний метод дослідження. 2020. URL:<http://medstudies.com/medviva/epidemiologichniy-metod-doslidzhennya>.
8. Міністерство охорони здоров'я України. Національна стратегія контролю онкологічних захворювань до 2030 року [Інтернет]. Київ: МОЗ України. 12 лютого 2020 року. URL:<https://moz.gov.ua/article/news/nacionalna-strategija-kontrolju-onkologichnih-zahvorjuvan-do-2030-roku>
9. Міністерство охорони здоров'я України. Дорожня карта з впровадження вакцини від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, і проведення масової вакцинації у відповідь на пандемію COVID-19 в Україні у 2021-2022 роках. Київ: Міністерство

- охорони здоров'я України. 24 грудня 2020 року.  
URL:<https://www.nap.edu/resource/25917/25914.pdf>.
10. Міністерство охорони здоров'я України. МОЗ України що було, є і буде [Інтернет]. Київ: Міністерство охорони здоров'я України. 1 серпня 2019 року. URL:<https://moz.gov.ua/moz-ukrainy-scho-bylo-e-i-bude>.
  11. Мінфін. Коронавірус в Україні. Київ: Мінфін. Оновлення: 23.04.2021. URL:<https://index.minfin.com.ua/ua/reference/coronavirus/ukraine/>
  12. Москаленко ВФ, Гульчій ПІ, Грузева ТЦ. Громадське здоров'я : підручник для студ. вищих мед. навч. Закладів. Вінниця : Нова Книга; 2011. 560 с .
  13. Навчальні матеріали онлайн. Теорія економічного аналізу [Інтернет]. 2020. URL:[https://pidru4niki.com/19650323/ekonomika/metodi\\_ekspertnih\\_otstinok](https://pidru4niki.com/19650323/ekonomika/metodi_ekspertnih_otstinok)
  14. Погоріляк Р, Гульчій О. Вивчення проблеми підготовки сучасних керівних кадрів охорони здоров'я в Україні. Україна: Здоров'я нації. 2015. 4 (36): 76–80.
  15. Постанова Кабінету Міністрів України від 22 лютого 2006 року № 182 «Про затвердження Порядку проведення державного соціально-гігієнічного моніторингу». 2008. [Інтернет]. URL:[http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/KP060182.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP060182.html).
  16. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2000 року № 1907 «Про моніторинг стану здоров'я населення та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я».- 2011. [Інтернет]. URL:[http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/KP001907.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP001907.html).
  17. Прокопов ВО, редактор. Питна вода України: медико-екологічні та соціально-гігієнічні аспекти. Київ: ВСВ «Медицина», 2016. С.170–192.
  18. Урядовий портал. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я. Київ: Кабінет міністрів України; 30 листопада 2016 р. URL:<https://www.kmu.gov.ua/npas/249618799>
  19. Центр Громадського здоров'я МОЗ України. Регіональні ЦГЗ. [Інтернет]. Київ: Центр громадського здоров'я МОЗ України. 2020 рік; URL:<https://phc.org.ua/regionalni-cgz>

20. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Новини та публікації [Інтернет]. Київ: Центр громадського здоров'я МОЗ України. 20.01.2020. URL:<https://phc.org.ua/news/derzhavna-strategiya-protidii-vil-infekciisnidu-tuberkulozu-ta-virusnim-gepatitam-do-2030-0>
21. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Про центр [Інтернет]. Київ: Центр громадського здоров'я МОЗ України. 2021. URL:<https://www.phc.org.ua/pro-centr>
22. Benjamin G. Opening remarks. Annual Meeting of the American Public Health Association. Atlanta, GA: American Public Health Association; 2017. [Google Scholar](#)
23. Brandt AM, Gardner M. Antagonism and accommodation: interpreting the relationship between public health and medicine in the United States during the 20th century. *Am J Public Health*. 2000;90(5):707–715. [Link](#), [Google Scholar](#)
24. Brown CL, Raza D, Pinto AD. Voting, health and interventions in healthcare settings: a scoping review. *Public Health Rev*. 2020;41:16. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-00133-6>[Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
25. Callahan D, Jennings B. Ethics and public health: forging a strong relationship. *Am J Public Health*. 2002;92(2):169–176. [Link](#), [Google Scholar](#)
26. Centers for Disease Control and Prevention. Achievements in public health, 1900–1999: healthier mothers and babies. 1999. Available at: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4838a2.htm>. Accessed October 15, 2020. [Google Scholar](#)
27. Council on Education for Public Health. Accreditation criteria: schools of public health & public health programs. 2016. Available at: <https://media.ceph.org/documents/2016.Criteria.pdf>. Accessed August 10, 2020. [Google Scholar](#)
28. Du M, Prescott J, Kraft P, et al. Physical activity, sedentary behavior, and leukocyte telomere length in women. *Am J Epidemiol*. 2012;175(5):414–422. [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)



29. Dunn AG, Mandl KD, Coiera E. Social media interventions for precision public health: promises and risks. *NPJ Digit Med.* 2018;1(1):47. <https://doi.org/10.1038/s41746-018-0054-0>[Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
30. Galea S, Vaughan R. A public health of consequence. *Am J Public Health.* 2016;106(1):10–11. [Link](#), [Google Scholar](#)
31. Galea S, Vaughan R. A public health of consequence: review of the February 2017 issue of *AJPH*. *Am J Public Health.* 2017;107(2):203–204. [Link](#), [Google Scholar](#)
32. Galea S, Vaughan R. Moving beyond the cause constraint: a public health of consequence, May 2018. *Am J Public Health.* 2018;108(5):602–603. [Link](#), [Google Scholar](#)
33. Gustafson CR, Kent R, Prate MRJr. Retail-based healthy food point-of-decision prompts (PDPs) increase healthy food choices in a rural, low-income, minority community. *PLoS One.* 2018;13(12):e0207792. [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
34. Hare TA, Malmaud J, Rangel A. Focusing attention on the health aspects of foods changes value signals in vmPFC and improves dietary choice. *J Neurosci.* 2011;31(30):11077–11087. [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
35. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health.* Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2000.
36. Hemenway D. *Private Guns, Public Health.* Ann Arbor, MI: University of Michigan Press; 2017. [Crossref](#), [Google Scholar](#)
37. Hoerster KD, Lehavot K, Simpson T, McFall M, Reiber G, Nelson KM. Health and health behavior differences: US Military, veteran, and civilian men. *Am J Prev Med.* 2012;43(5):483–489. [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
38. Hogan AJ. Social and medical models of disability and mental health: evolution and renewal. *CMAJ.* 2019;191(1):E16–E18. [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
39. Institute of Medicine, Committee for the Study of the Future of Public Health. *The Future of Public Health.* Washington, DC: National Academies Press; 1988.

- Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218215>. Accessed October 16, 2020. [Google Scholar](#)
40. Kasper J, Greene JA, Farmer PE, Jones DS. All health is global health, all medicine is social medicine: integrating the social sciences into the preclinical curriculum. *Acad Med*. 2016;91(5):628–632. [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
  41. Markides KS, Coreil J. The health of Hispanics in the southwestern United States: an epidemiologic paradox. *Public Health Rep*. 1986;101(3):253–265. [Medline](#), [Google Scholar](#)
  42. Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bull World Health Organ*. 2005;83(3):171–177. [Medline](#), [Google Scholar](#)
  43. Morabia A, Benjamin GC. Preparing and rebuilding after natural disasters: a new public health normal! *Am J Public Health*. 2018;108(1):9–10. [Link](#), [Google Scholar](#)
  44. Murray CJ, Lopez AD. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020: Summary*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1996. [Google Scholar](#)
  45. Naghavi M, Makela S, Foreman K, O'Brien J, Pourmalek F, Lozano R. Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data. *Popul Health Metr*. 2010;8(1):9. [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
  46. National Immigration Law Center. Health care coverage maps. Available at: <https://www.nilc.org/issues/health-care/healthcoveragemaps>. Accessed February 5, 2019. [Google Scholar](#)
  47. National Decency Coalition. Pornography: public health crisis resolution. 2019. Available at: <https://nationaldecencycoalition.org/updates>. Accessed September 30, 2019. [Google Scholar](#)
  48. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2016: With Chartbook on Long-Term Trends in Health*. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services; 2017. [Google Scholar](#)

49. Perreira KM, Pedroza JM. Policies of exclusion: implications for the health of immigrants and their children. *Annu Rev Public Health*. 2019;40(1):147–166. [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
50. Phillippi SW, Beiter K, Thomas CL, et al. Medicaid utilization before and after a natural disaster in the 2016 Baton Rouge–area flood. *Am J Public Health*. 2019;109(suppl 4):S316–S321. [Link](#), [Google Scholar](#)
51. Public Health Awakened. *Guide for Public Health Actions for Immigrant Rights*. Available at: <https://publichealthawakened.com/guide-for-public-health-to-protect-immigrant-rights>. Accessed April 17, 2019. [Google Scholar](#)
52. Random House dictionary of the English language, N. Y., 1987 by Stuart Berg Flexner Leonore Crary Hauck 2 ed edition of the Random House.
53. Satcher D, Higginbotham EJ. The Public Health Approach to Eliminating Disparities in Health. *Am J Public Health*. 1998;98(suppl 1):S8–S11.
54. Spicuzza M. ‘Racism is a public health crisis’: Milwaukee County leaders call for racial equity. *Milwaukee Journal Sentinel*. April 4, 2019.
55. Sellers K, Leider JP, Gould E, et al. The state of the US governmental public health workforce, 2014–2017. *Am J Public Health*. 2019;109(5):674–680. [Link](#), [Google Scholar](#)
56. Taboada A. Privilege, power, and public health programs: a student perspective on deconstructing institutional racism in community service learning. *J Public Health Manag Pract*. 2011;17(4):376–380. [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
57. Webster's Third New International Dictionary, Unabridged, 1961 by Philip Babcock Gove, Merriam-Webster Inc.
58. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Vol 1. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004. [Google Scholar](#)
59. Winslow C-E. Public health at the crossroads. *Am J Public Health*. 1926;16(11):1075–1085. [Link](#), [Google Scholar](#)
60. 17 World health organization. WHO SAGE Roadmap For Prioritizing Uses Of COVID-19 Vaccines In The Context Of Limited Supply. 13 November 2020.

URL: <https://www.who.int/publications/m/item/who-sage-roadmap-for-prioritizing-uses-of-covid-19-vaccines-in-the-context-of-limited-supply>