

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Кваліфікаційна робота магістра

на тему

«Удосконалення менеджменту персоналу груп швидкого реагування на НС у сфері охорони здоров'я»

Здобувач вищої освіти групи,
спеціальності 073 «Менеджмент»
ОПП «Менеджмент у
сфері охорони здоров'я »

Фабіш А.Д.

Науковий керівник
Доктор медичних
наук, професор

Вежновець Т.А.

Керівник освітньо- професійної програми
д.п.н., професор, академік Академії
економічних наук НАМН України зі
спеціальності «Менеджмент»

Матукова Г.І.

Завідувач кафедри,
доктор медичних наук, професор, Заслужений
лікар України. Академік Національної академії
наук вищої освіти України

Парій В.Д.

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Освітній рівень магістр
Спеціальність 073 «Менеджмент»

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Завідувач кафедри менеджменту охорони
здоров'я

_____ 20____ року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ МАГІСТРА
Фабіш Антон Дмитрович**

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи Удосконалення менеджменту персоналу груп швидкого реагування на НС у сфері охорони здоров'я

керівник роботи доктор медичних наук, професор Вежновець Т.А.

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від "____" ____ 20____ р. №____

2. Строк подання здобувачем вищої освіти роботи 07.12.2023

3. Вихідні дані до роботи _____

4. Цільова установка кваліфікаційної роботи

проаналізувати менеджмент груп швидкого реагування галузі охорони здоров'я України, їх активації (виїздів), існуючі документи та сформулювати рекомендації щодо поліпшення менеджменту груп реагування та оптимізації їх роботи шляхом впровадження кращих світових практик та підходів мотивації та організації на умовах комплексної модернізації охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження - управлінські аспекти, пов'язані з менеджментом груп реагування в галузі охорони здоров'я України.

Предмет дослідження – кількісна та якісна характеристика персоналу груп швидкого реагування, операційні процедури активації, розслідування, тощо, існуючі нормативно-правові документи менеджменту груп швидкого реагування.

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу

таблиці – 5, рисунки – 12.

6. Дата видачі завдання

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Надіслати керівнику для узгодження та затвердження план КРМ.	27.10.2023	
2	Надіслати керівнику для перевірки Розділ 1 КРМ.	03.11.2023	
3	надіслати керівнику для перевірки Розділ 2 та Розділ 1 (якщо були зауваження) КРМ	17.11.2023	
4	Надіслати керівнику для перевірки Розділ 3, Вступ та доопрацьовані Розділ 1 та Розділ 2 КРМ.	01.12.2023	
5	Проходження антиплагіатної перевірки за допомогою ліцензованого програмного забезпечення StrikePlagiarism (у керівника повинна бути повністю завершена Ваша КРМ)	07.12.2023	
6	Коригування КРМ за результатами антиплагіатної перевірки.	14.12.2023	
7	Повторна антиплагіатна перевірка (за потребою). Зауважу, що 2 перевірки безоплатні, проводитимуть їх керівники КРМ, третя та наступні перевірки є платними та проводитимуться адміністратором системи StrikePlagiarism Університету.	15.12.2023	
8	Підготовка доповіді-презентації та роздаткових матеріалів для процедури публічного захисту.	21.12.2023	

Здобувач вищої освіти

(підпис)

Керівник кваліфікаційної роботи

(підпис)

Фабіш А.Д.

(прізвище та ініціали)

Вежновець Т.А.

(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі здійснено аналіз проблем менеджменту груп реагування на надзвичайні ситуації в сфері громадського здоров'я, управління персоналом груп реагування та особливості застосування сил цивільного захисту. Досліджено відповідний іноземний досвід, виокремлено основні його здобутки та проаналізовано недоліки. Проаналізовано вітчизняний досвід у цій сфері на прикладі впровадження нових нормативно-правових документів, що окреслюють управління, організацію та функціонування груп швидкого реагування. Розроблено пропозиції щодо покращення системи управління, організації та поліпшення всіх процесів, що пов'язані з менеджментом груп швидкого реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я в умовах воєнного часу. Головною метою дослідження є поліпшення менеджменту персоналу груп швидкого реагування на надзвичайні ситуації в сфері охорони здоров'я в умовах воєнного конфлікту шляхом запровадження психологічної підтримки персоналу, запровадження освітніх заходів з підвищення кваліфікації груп реагування та запровадження курсу додипломної освіти в межах безперервного професійного розвитку.

Ключові слова: охорона здоров'я, громадське здоров'я, групи швидкого реагування, менеджмент сил цивільного захисту, стандартні операційні процедури, комунікація, надзвичайні ситуації, Центр громадського здоров'я МОЗ України.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	1
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МЕНЕДЖМЕНТУ ГРУП ШВИДКОГО РЕАГУВАННЯ В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	5
1.1. Дослідження міжнародного досвіду менеджменту швидкого реагування у надзвичайних ситуаціях	5
1.2. Вивчення особливостей управління групами швидкого реагування у сфері громадського здоров'я в Україні.....	14
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	16
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ДУ «ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ» (ЦГЗ) ТА ЙОГО СТРУКТУРИ.....	17
2.1. Характеристика ЦГЗ та аналіз основних показників його діяльності.....	17
2.2. Аналіз системи управління ЦГЗ.....	19
2.3. Аналіз організації готовності та реагування ЦГЗ та обґрунтування напрямків її вдосконалення. Нормативно -правова регуляція та координація.....	28
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	34
РОЗДІЛ 3. СУЧАСНИЙ СТАН УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ГРУП ШВИДКОГО РЕАГУВАННЯ СИСТЕМИ РЕАГУВАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	28
3.1. Кадрове забезпечення та потреби у підготовці фахівців груп швидкого реагування ЦКПХ.....	34
3.2. Міжсекторальна взаємодія та координація із ключовими суб'єктами у галузі громадського здоров'я груп швидкого реагування.....	53
3.3 Дослідження психологічних особливостей персоналу груп швидкого реагування (за даними соціологічного опитування) персоналу груп швидкого реагування.....	59

3.4 Аналіз менеджменту груп швидкого реагування на основі розгляду активації (реагування) групи на спалах хвороби.....	60
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.....	65

РОЗДІЛ 4. УДОСКОНАЛЕННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ ГРУП ШВИДКОГО РЕАГУВАННЯ 67

4.1. Напрями професійного розвитку та вдосконалення кадрового потенціалу груп швидкого реагування у сфері громадського здоров'я	67
4.2. Пропозиції розвитку та поліпшення психологічних аспектів реагування у сфері громадського здоров'я.....	69

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 4.....	70
-----------------------------------	-----------

ВИСНОВКИ.....	72
----------------------	-----------

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74
--	-----------

Визначення, скорочення та аббревіатури

ЦЗ	Цивільний захист
ПЦЗ	Положення про функціональну підсистему забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення єдиної державної системи цивільного захисту та Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України
ГШР	Група швидкого реагування (<i>групи радіаційного спостереження і дозиметричного контролю, групи хімічного спостереження і контролю, групи епідеміологічного спостереження і контролю, дезінфекційні бригади, мобільні лабораторії</i>)
ЦКПХ	Центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України
CDC	Центри з контролю та профілактики захворювань в США — федеральна агенція міністерства охорони здоров'я США
ВГ	Вірусний гепатит
ЕН	Епідеміологічний нагляд
ЕМД та МК	Екстрена медична допомога та медицина катастроф
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я України
МІС	Медична інформаційна система
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я

ХБРЯ	Хімічні, біологічні, радіологічні і ядерні загрози
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ПМГ	Пакет медичних гарантій (зокрема 42-й «Готовність та реагування»)
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ОЦРНС (ЕОС)	Оперативний центр реагування на НС (Emergency operation center)
НС	Надзвичайні ситуації або загроза їх виникнення

ВСТУП

«Вода й каміння точе».
Народне прислів'я

Актуальність теми: У світі, де надзвичайні ситуації стають невід'ємною частиною реальності, системи громадського здоров'я знаходяться на передньому краї боротьби за безпеку і добробут суспільства. Надзвичайні обставини, особливо в контексті воєнного конфлікту, ставлять перед собою непередбачені виклики, де реагування та координація в сфері громадського здоров'я стає визначальним чинником для збереження життя населення.

У тіні воєнного конфлікту, системи охорони здоров'я навчаються швидко реагувати на надзвичайні обставини, мобілізуючи свої ресурси та експертність для забезпечення найвищого рівня медичної допомоги. Війна, як найбільший тест для систем громадського здоров'я, вимагає не лише фаховості та високих технічних навичок, але й ефективного лідерства та стратегічного мислення. В цьому контексті важливо досліджувати та удосконалювати менеджмент персоналу груп швидкого реагування, які виставлені на передову лінію оборони громадського здоров'я.

Даний дослідницький проект має на меті глибше зрозуміти та вдосконалити менеджмент персоналу у групах, призначених для оперативного реагування на надзвичайні ситуації під час воєнних дій у сфері охорони здоров'я. Аналіз ефективності, організаційної структури, системи навчання та мотивації персоналу стане ключовим етапом у розробці стратегій, спрямованих на покращення відповіді систем громадського здоров'я на найскладніші виклики, які постають перед ними в умовах воєнного конфлікту.

Одним із ключових елементів реформи охорони здоров'я в Україні є впровадження системи реагування, включно з її інтеграцією в загальну систему ЦЗ держави та діяльність цієї системи на всіх рівнях (багаторівнева система). На сьогоднішній день, у світі, де військові конфлікти та надзвичайні ситуації стають

невід'ємною частиною реальності, актуальність удосконалення менеджменту персоналу груп швидкого реагування у сфері охорони здоров'я надзвичайно висока. Військові дії не тільки збільшують ризик виникнення надзвичайних ситуацій, але й роблять їх особливо складними через відсутність стабільності та непередбачуваність обставин.

У контексті воєнного конфлікту, де загрози з боку ворожих дій та екстремальних ситуацій навіть більше, ніж зазвичай, важливо розвивати та вдосконалювати системи реагування на здоров'я, щоб забезпечити найвищий рівень медичної допомоги та максимально ефективного використання ресурсів. Відсутність належного менеджменту може призвести до серйозних наслідків для громадського здоров'я, включаючи невідповідність, непродуктивне використання ресурсів та зниження рівня медичної підготовки персоналу.

Прикладом надзвичайно актуальної проблеми може служити недостатній розвиток та використання сучасних технологій у системі управління персоналом, а також нестача стратегічних планів для ефективної координації медичних заходів в умовах воєнного конфлікту. Необхідність вдосконалення цих аспектів стає великим викликом для забезпечення високого стандарту медичного обслуговування та захисту громадського здоров'я в умовах складної та непередбачуваної обстановки.

Мета роботи – поліпшення менеджменту груп швидкого реагування з метою забезпечення їхньої готовності до дій у надзвичайних обставинах в умовах воєнного конфлікту.

Для реалізації вказаної мети сформовані наступні **завдання**:

- 1) Дослідити міжнародний досвід менеджменту реагування у сфері громадського здоров'я;
- 2) Проаналізувати існуючі актуальні нормативно-правові документи;
- 3) Дослідити роль Центру громадського здоров'я в менеджменті реагування на НС: структуру та функції центру;

- 4) Проаналізувати менеджмент групи реагування на НС у громадському здоров'ї на прикладі виїзду на надзвичайну ситуацію у громадському здоров'ї у воєнний час;
- 5) Проаналізувати кількісний та якісний склад груп швидкого реагування на НС у сфері громадського здоров'я;
- 6) Дослідити психологічну підтримку груп реагування на субнаціональному рівні;
- 7) Розробити пропозиції щодо покращення системи управління, організації та поліпшення всіх процесів, що пов'язані з менеджментом груп швидкого реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я в умовах воєнного часу;
- 8) Вивчити кадрове забезпечення та потреби у підготовці фахівців для роботи в групах швидкого реагування.

Результатом дослідження буде висновок із рекомендаціями, спрямованими на впровадження покращень у менеджмент персоналу груп швидкого реагування в умовах воєнного конфлікту. Ці рекомендації можуть слугувати основою для розробки стратегій та політик управління персоналом, спрямованих на забезпечення оптимального функціонування та високої ефективності у надзвичайних ситуаціях в сфері охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження - управлінські аспекти, пов'язані з менеджментом груп реагування в галузі охорони здоров'я України.

Предметом дослідження - ефективність менеджменту персоналу груп швидкого реагування на надзвичайні ситуації в галузі охорони здоров'я в умовах воєнного конфлікту, в контексті урахування всіх загроз (ХБРЯ).

Методи досліджень – Для досягнення мети та дослідження, розробки та удосконалення менеджменту персоналу груп швидкого реагування на надзвичайні

ситуації в умовах воєнного конфлікту, використовувалися різноманітні методи, спрямовані на глибокий та комплексний аналіз обраної теми. *Серед них:*

Системного підходу і системного аналізу – для проведення кількісного та якісного аналізу стану організації реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я.

Біліосемантичний – для проведення аналізу вітчизняних та закордонних джерел, концептів та підходів до менеджменту реагування у кризові (надзвичайні) ситуації у сфері охорони здоров'я.

Соціологічний – для отримання інформації про самооцінку персоналом, що залучено до реагування на надзвичайні ситуації щодо стану менеджменту організації реагування.

Медико-статистичний – для збору, обробки та аналізу отриманої під час збору статистичної інформації.

Практична значущість дослідження полягала у поліпшенні менеджменту персоналу груп швидкого реагування на надзвичайні ситуації в сфері охорони здоров'я в умовах воєнного конфлікту шляхом запровадження психологічної підтримки персоналу, запровадження освітніх заходів з підвищення кваліфікації груп реагування та запровадження курсу дипломної освіти в межах безперервного професійного розвитку.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МЕНЕДЖМЕНТУ ГРУП ШВИДКОГО РЕАГУВАННЯ В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

1.1. Дослідження міжнародного та національного досвіду менеджменту швидкого реагування у надзвичайних ситуаціях.

Ще з початку воєнного конфлікту на території країни виникла необхідність удосконалення системи управління персоналом груп швидкого реагування у сфері охорони здоров'я. Проект, ініційований Міністерством охорони здоров'я у співпраці зі світовими організаціями став важливим кроком у визначенні та реалізації оптимальної моделі управління персоналом в умовах воєнного конфлікту.

Щодо міжнародного досвіду управління НС у сфері охорони здоров'я, то вартує навести декілька прикладів міжнародного досвіду, який є концептоформуєчим важелем для інших країн, що не мають подібного досвіду «кращих практик» або їх система знаходиться трохи на іншому рівні розвитку:

Держава Ізраїль

Має Оперативний центр реагування при МОЗ, розвиток якого зайняв 17 років. Центр отримав оперативні повноваження працювати на всіх рівнях і з усіма Центральними органами виконавчої влади задля вирішення нагальних питань, що перебувають в межах їх компетенції. Кожен працівник має соціальний пакет для себе та своєї сім'ї, якій включає фінансово-матеріальну допомогу та страхування, складовою якого є постійні заняття з психологом та підтримка на випадок перенавантаження або необхідності відновлення психічного балансу, у тому числі в колективі. Також опрацьовані графіки чергувань та кожна особа має «страхову заміну», тобто на випадок хвороби може бути замінена, або додана до основного штату у випадку необхідності повного розгортання всього штату під час масових випадків постраждалих. Підтримка персоналу відбувається на постійній основі та опрацьована в планах реагування та цифрових системах, адже Ізраїль перебуває в

умовах постійного конфлікту з декількох сторін території країни, не беручи до уваги події, що відбулися у 2023 році.

Грузія

Оперативні центри МОЗ в Грузії мають відмінний формат, що притаманне кожній окремій країні. Сегмент екстреної медичної допомоги не в одному конгломераті з громадським здоров'ям та лабораторіями, що дуже схоже на концепцію України, але є певні відмінності.

Оперативні центри ГЗ мають декілька підрозділів, мультидисциплінарні групи реагування та мережу потужних лабораторій за прототипом CDC (Центри з контролю та профілактики захворювань в США — федеральна агенція міністерства охорони здоров'я США, створене в 1946 році, зі штаб-квартирою в Атланті поблизу кампусу Університету Еморі, на північному заході від центру міста). Групи реагування вважаються «елітою» персоналу реагування. Становлення оперативного центру у ГЗ зайняло 7 років та перебуває на етапі активної розбудови. Представники груп реагування не мають страхування, але мають привілеї у можливості отримати краще медичне обслуговування, відповідно використовуючи спроможності лабораторій, безкоштовні щеплення для превентивного захисту реагувальників від вакцинованих інфекцій та можливість отримання гарантій на випадок виходу в осередок інфекції, у тому числі отримання засобів індивідуального захисту найвищого рівня. Також організована психологічна підтримка та заходи для зміцнення колективу шляхом організації спільного проведення часу на заходах та екскурсіях, подорожах по країні. Чітко організовані графіки чергувань та кількість персоналу, його функціонал дозволяє відпускати у відпустку ключових співробітників, гарантуючи стабільність роботи системи реагування, шляхом досконалої організації менеджменту груп реагування на надзвичайні ситуації.

Сполучені Штати Америки

СДС – існують з 1946 року та постійно розвиваються. Ці центри охоплюють функціонал громадського здоров'я, лабораторну мережу, статистика, екологія, зоонотичні захворювання, тероризм тощо. Групи реагування мультидисциплінарні

та воєнізовані, є одним з підрозділів МОЗ США. Відповідно до цього, із досвіду роботи з СДС, можна зазначити, що абсолютно весь персонал груп реагування, оперативного центру, до самих прибиральників мають медичне страхування та програми відновлення після реагування, що підтримує у сталому вигляді спроможність центрів реагувати на НС у будь-якому форматі. Програми психологічної реабілітації є обов'язковими, а графіки чергувань та розподіл обов'язків дозволяють персоналу відчувати себе вільно та не отримувати високі/граничні рівні стресу, що можуть спонукати до звільнення або порушення роботи, також мати вплив на позаробоче життя персоналу, що відповідальний за реагування у сфері громадського здоров'я.

Україна

Досвід України, як країни, яка отримала в 1991 році незалежність та у додаток пострадянську систему Цивільного захисту, на яку було зроблено доволі серйозний акцент за часи радянської влади, після 1945 року відповідно.

Старі документи протягом останнього часу та за необхідністю оновлювалися, проте значних оновлень вона зазнала лише після активної фази війни від 24 лютого 2022 року, як наведено нижче на знімку з офіційного сайту Верховної Ради.

Оновлюючи систему, під натиском нагальної потреби захистити населення, всі зміни у базовий документ – Кодекс Цивільного захисту України [3] є важливими та потрібними, але описані широкими мазками та не дають відповіді на основні питання щодо соціальних гарантій та психологічного аспекту менеджменту груп реагування на НС у сфері ГЗ.

Крім того, міжнародні концепти та національні документи також лише

КОДЕКС ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ УКРАЇНИ

(Відомості Верховної Ради (ВВР), 2013, № 34-35, ст.458)

{Із змінами, внесеними згідно із Законами
[№ 224-VII від 14.05.2013](#), ВВР, 2014, № 11, ст.132
[№ 353-VII від 20.06.2013](#), ВВР, 2014, № 13, ст.221
[№ 1166-VII від 27.03.2014](#), ВВР, 2014, № 20-21, ст.745
[№ 76-VIII від 28.12.2014](#), ВВР, 2015, № 6, ст.40
[№ 124-VIII від 15.01.2015](#), ВВР, 2015, № 14, ст.96
[№ 766-VIII від 10.11.2015](#), ВВР, 2015, № 52, ст.482
[№ 1404-VIII від 02.06.2016](#), ВВР, 2016, № 30, ст.542
[№ 2020-VIII від 13.04.2017](#), ВВР, 2017, № 22, ст.257
[№ 2581-VIII від 02.10.2018](#), ВВР, 2018, № 46, ст.371
[№ 124-IX від 20.09.2019](#), ВВР, 2019, № 46, ст.295
[№ 263-IX від 31.10.2019](#), ВВР, 2020, № 2, ст.5
[№ 524-IX від 04.03.2020](#), ВВР, 2020, № 38, ст.279
[№ 540-IX від 30.03.2020](#), ВВР, 2020, № 18, ст.123
[№ 720-IX від 17.06.2020](#), ВВР, 2020, № 47, ст.408
[№ 1089-IX від 16.12.2020](#)
[№ 1217-IX від 05.02.2021](#)
[№ 1259-IX від 19.02.2021](#) - вводить в дію з 17.06.2021
[№ 1686-IX від 15.07.2021](#), ВВР, 2021, № 42, ст.343
[№ 1882-IX від 16.11.2021](#)
[№ 2081-IX від 17.02.2022](#)
[№ 2132-IX від 15.03.2022](#)
[№ 2228-IX від 21.04.2022](#)
[№ 2379-IX від 08.07.2022](#)
[№ 2394-IX від 09.07.2022](#)
[№ 2486-IX від 29.07.2022](#)
[№ 2573-IX від 06.09.2022](#)
[№ 2633-IX від 06.10.2022](#)
[№ 2655-IX від 06.10.2022](#)
[№ 2750-IX від 16.11.2022](#)
[№ 2849-IX від 13.12.2022](#)
[№ 3063-IX від 02.05.2023](#)
[№ 3379-IX від 06.09.2023](#)}

широкими мазками окреслюють необхідність підтримки персоналу, що залучено до реагування задля досягнення оптимальної моделі менеджменту.

У листопаді 2015 року Всесвітня організація охорони здоров'я видала концепт про Оперативні центри реагування на НС для поліпшення менеджменту у сфері управління інцидентами в системі охорони здоров'я. Відповідно цієї концепції, Центр екстрених операцій (ЕОС) — це фізичне місце для координації інформації та ресурсів для підтримки діяльності з управління інцидентами. Такий центр може бути тимчасовим об'єктом або може бути створений у постійному місці.

У цьому документі викладено ключові концепції та основні вимоги до розробки та управління оперативним центром надзвичайних ситуацій громадського здоров'я (РНЕОС). У ньому наведено схему розробки та управління РНЕОС для досягнення цілеспрямованого реагування на надзвичайні ситуації в галузі охорони здоров'я та єдності зусиль між реагуючими установами. [1].

З того часу концепція удосконалювалась, проте ситуація з використанням цього документу залишалась незмінною — адаптація до національного контексту, адже кожна країна, кожен регіон, у тому числі навіть країни, що гармонізували свою систему охорони здоров'я під вимоги Європейського союзу, мають певні індивідуальні особливості, основні положення якої можуть не збігатися з положеннями, що були запропоновані ВООЗ як «кращі світові практики» у контексті навіть «рамкового» документу.

Зважаючи на це, ВООЗ почало оновлювати свої рамкові та дотичні документи, що окреслюють алгоритми менеджменту та реагування на НС у сфері охорони здоров'я та, як її частини, сфері громадського здоров'я для її поліпшення.

Після активної фази війни 24 лютого 2022 року система реагування України почала вдосконалюватися під натиском необхідності змін та адаптації потреб під час військового стану, включно з формуванням власного досвіду, власних «кращих практик», що є дуже важливим елементом вдосконалення системи, враховуючи

власний досвід в умовах військового стану, подекуди постійних обстрілів, обмеженості можливості комунікацій та браку ресурсів, зокрема – людських.

Розберемо основні поняття та визначення, які є основними в окресленні функцій та повноважень

Що ж саме означає термін «надзвичайна ситуація».

Згідно з Законом України «Про систему громадського здоров'я», (Редакція від 06.11.2023, підстава - 3039-IX), пункту 19, надзвичайна ситуація в системі громадського здоров'я - виникнення або безпосередня загроза виникнення небезпечної події, що призводить чи може призвести до поширення інфекційних або масових неінфекційних хвороб, інших негативних наслідків для здоров'я людей та потребує вжиття відповідних скоординованих заходів; [2].

Відповідно до пункт 24 частини першої статті 2 Кодексу цивільного захисту України, Надзвичайна ситуація - обстановка на окремій території чи суб'єкті господарювання на ній або водному об'єкті, яка характеризується порушенням нормальних умов життєдіяльності населення, спричинена катастрофою, аварією, пожежею, стихійним лихом, епідемією, епізоотією, епіфітотією, застосуванням засобів ураження або іншою небезпечною подією, що призвела (може призвести) до виникнення загрози життю або здоров'ю населення, великої кількості загиблих і постраждалих, завдання значних матеріальних збитків, а також до неможливості проживання населення на такій території чи об'єкті, провадження на ній господарської діяльності.[3]

Про затвердження Класифікаційних ознак надзвичайних ситуацій, НАКАЗ МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ від 06.08.2018 № 658, наказ що чітко окреслює критерії НС для визначення такої, що потребує реагування у тому чи іншому масштабі. До відповідальності системи охорони здоров'я необхідно віднести основний напрямок «Надзвичайні ситуації природного характеру», до яких відносять масові спалахи, отруєння, тощо. [4].

Міністерство охорони здоров'я України видало наказ №190 від 23.05.2002 року про надання позачергових повідомлень. Цей документ створено з метою отримання своєчасної інформації, оперативного розслідування та здійснення заходів при виникненні інфекційних захворювань, харчових і професійних отруєнь, радіаційних аварій або інших надзвичайних ситуацій серед населення [5].

Наказ Міністерства охорони здоров'я України №1726 від 30 липня 2020 року, перелік інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації. Документ має на меті визначення процедур та відповідальних органів за регулярний перегляд Переліку інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації, а також встановлення процедур для позачергового перегляду у випадках виникнення нових інфекцій, отримання результатів оцінки систем епідеміологічного нагляду та введення новітніх діагностичних методів. Інструмент спільного зовнішнього оцінювання: Міжнародні медико-санітарні правила (2005) - третє видання. Документ також визначає обов'язки органів місцевого самоврядування та розробляє групи Переліку для епідеміологічного нагляду, спрямованого на попередження та контроль інфекційних хвороб. У разі виявлення інфекцій або спалахів, не включених до Переліку, також передбачено облік та звітування, забезпечуючи повноцінний епідеміологічний нагляд. [6].

Перше видання інструменту спільного зовнішнього оцінювання ВООЗ (JEE) було опубліковано в лютому 2016 року, а потім друге видання інструменту, яке стало доступним у лютому 2018 року. До кінця травня 2022 року 116 країн подали запити та завершили добровільне спільне зовнішнє оцінювання з використанням першого та другого видань інструменту JEE.

У 2020 році Комітет з перегляду ММСП та Незалежний наглядово-консультативний комітет Програми ВООЗ з надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я висловили необхідність скорегувати інструменти моніторингу та оцінки

ММСП на основі уроків, отриманих під час пандемії COVID-19. На початку 2021 року Секретаріат ЖЕЕ розпочав процес систематичного перегляду інструменту. Ці зусилля включали консультативну зустріч у березні 2021 року для визначення вдосконалення інструменту ЖЕЕ на основі уроків пандемії COVID-19, після чого було створено технічну робочу групу, що складається з міжнародних експертів з ВООЗ, установ-партнерів та держав-членів для перегляду та перегляду Інструмент ЖЕЕ на основі рекомендацій технічної консультативної наради. Ці зміни та вдосконалення, внесені технічною робочою групою, відображені в третьому виданні інструменту ЖЕЕ.

Основні зміни в третьому виданні інструменту ЖЕЕ включають поділ технічної сфери Національне законодавство, політика та фінансування на дві технічні області (Правові інструменти та Фінансування); видалення технічної сфери, яка раніше називалася «Звітність», і переміщення індикаторів до технічної сфери «Координація ММСП», Національний координаційний центр ММСП та адвокація; і об'єднання двох попередніх технічних сфер (Готовності до надзвичайних ситуацій і Оперативного центру в надзвичайних ситуаціях) в одну під назвою Управління надзвичайними ситуаціями в галузі охорони здоров'я.

Безпечність харчових продуктів; Зв'язок органів охорони здоров'я та безпеки; хімічний; та Радіаційно-технічні зони не змінювалися. Були внесені незначні зміни в деякі атрибути технічної області Біозахист і біостатистика.

Загалом кількість технічних напрямків не змінилася – 19, а показники зросли з 49 до 56 показників.

Очікується, що новий інструмент покращить якість оцінки готовності держав-членів до своєчасного виявлення, запобігання та ефективного реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я. Це оцінювання було пройдено у листопаді-грудні 2021 року за участі всіх необхідних ЦОВВ. Результатом оцінювання був звіт та План дій, у які на наступні 5 років прописані необхідні зміни

до чинного законодавства, що покращить стан відповідно до засад та умов оцінювання цим інструментом. Відповідні технічні сфери відобразили стан реагування, який потрібно покращувати та покращувати, виходячи з результатів оцінювання. [7].

«Менеджмент у галузі охорони здоров'я», О.В. Баєва, розділ 11.4. Організація та оплата праці працівників закладів охорони здоров'я, розкриває питання оплати співробітникам, що працюють у закладі, але не піднімається питання щодо сплати особам, що залучені до реагування, відповідно до нових положень та документів, що окреслюють діяльність ГШР в осередку інфекції, або під час реагування на НС. [8]

Крім того, комплексний аналіз літературних джерел показав, що за роки незалежності в Україні проведена значна робота з формування теоретичних основ та практичного застосування в охороні здоров'я підходів до реагування. Розроблена і успішно втілюється у життя УКАЗ ПРЕЗИДЕНТА УКРАЇНИ №369/2021 Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року "Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою". Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року покликана визначити розвиток кожного напрямку системи охорони здоров'я на найближчі 8 років.

Аби сформувати збалансований документ та почути експертні думки, МОЗ спільно з Всеукраїнською ініціативою «Активна Громада» від Інституту «Республіка», Коаліцією Реанімаційний Пакет Реформ за сприяння Національного Демократичного Інституту організував серію публічних консультацій.

У рамках 4 публічних консультацій було отримано пропозиції від різних зацікавлених сторін: надавачів медичних послуг, експертів, науковців, представників влади, представників бізнесу, громадських організацій та громадських активістів. Загалом до обговорень долучилися понад 300 учасників з різних куточків України. Всі отримані пропозиції опрацьовані експертами, які залучені до розробки Стратегії, що так само висвітлює необхідність розвитку системи реагування охорони здоров'я.[9].

Таким чином, можна зробити висновок, що за роки незалежності України, впровадження основних принципів щодо реагування на НС дозволило забезпечити розвиток комплексних підходів до нарощення спроможності та поліпшення реагування на загрози настання та настання НС в рамках системи охорони здоров'я, підвищення ефективності системи управління та використання міжнародних інформаційних практик та підходів, але жоден документ не окреслює мотивацію та соціальні гарантії, тому що новостворена система, після 2014 року, коли було спрощено СЕС, не зазнала повноцінної інтеграції та гармонізації з існуючою системою нормативно-правової регуляції. Інтенсивний стрибок у нарощенні спроможності шляхом оновлення документів був після 24 лютого 2022 року, як нагальна необхідність адаптуватися до постійної військової агресії зі сторони російської федерації.

1.2. Вивчення особливостей управління групами швидкого реагування у сфері громадського здоров'я в Україні

У світлі непередбачених викликів та надзвичайних обставин, що супроводжують воєнний конфлікт, необхідність вдосконалення системи реагування у сфері громадського здоров'я стає домінуючою та важливою. За роки незалежності України, ініціативи та напрацювання у цьому напрямку зумовили розвиток комплексних підходів, спрямованих на нарощення спроможності та поліпшення реагування на загрози надзвичайних ситуацій в медичній галузі.

Одним із ключових аспектів цього процесу є використання сучасних методів навчань та тренувань, спрямованих на підготовку медичного персоналу до ефективного функціонування в умовах воєнного конфлікту. Застосування інноваційних технологій, таких як віртуальні тренажери та симуляції, дозволяє створити реалістичні умови для тренування та адаптації до стресових ситуацій.

Психосоціальна підтримка стає необхідним елементом в умовах воєнного конфлікту. Розробка та впровадження програм, спрямованих на підтримку психічного здоров'я медичного персоналу, враховуючи травматичні обставини роботи, стає пріоритетним завданням. Це важливий крок для збереження морального стану та ефективності команди у найважливіший момент.

Створення оперативних центрів та груп реагування при ЦКПХ виявляється ключовим елементом забезпечення ефективного обміну інформацією та ресурсами в умовах надзвичайних ситуацій. Використання передових технологій комунікації та створення спеціалізованих платформ для координації заходів сприяє оперативній реакції та взаємодії між різними групами реагування.

Інтеграція системи у нормативно-правовий контекст виявляється невід'ємною частиною вдосконалення. Активна участь у реформах та гармонізація законодавства дозволяє створити чіткі мотиваційні аспекти та соціальні гарантії для медичного персоналу, надаючи їм впевненість та підтримку.

Аналіз та впровадження міжнародних практик стає важливим етапом у впровадженні кращих світових стандартів. Участь у міжнародних ініціативах та

обмін досвідом дозволяє переглядати та адаптувати свої підходи відповідно до найефективніших методик, технологій та потреб щодо повноцінної адаптації до національного контексту.

Оновлення системи сповіщення є невід’ємною та необхідною складовою для оперативного реагування на надзвичайні ситуації. Використання мобільних додатків та інноваційних засобів забезпечує оперативний обмін інформацією та сприяє координації заходів, як додатковий інструмент забезпечення комунікації та підтримки персоналу, що залучено до реагування на НС.

Проте варто зазначити щодо менеджменту груп швидкого реагування – в Україні існують нормативно-правові акти, здебільшого оновлені після 24 лютого 2022 року, що чітко окреслюють положення груп швидкого реагування на НС у сфері ГЗ, але жоден документ не піднімає питання психологічної, соціальної підтримки та гарантій персоналу.

Відзначаючи досягнення вдосконалення системи реагування у сфері громадського здоров'я, слід визнати, що цей процес вимагає постійного вдосконалення та адаптації до нових викликів, забезпечуючи найвищий рівень готовності та ефективності в умовах надзвичайних обставин.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Розвиток менеджменту управління групами реагування в Україні та світі перебуває на різних рівнях, одним зі спонукаючих до такого стану речей факторів є національний контекст, що є індивідуальним для кожної країни. Заснований на власному досвіді та світових практиках менеджмент управління ситуаціями надзвичайних обставин в галузі охорони здоров'я, можна визначити ключові принципи та стратегії вдосконалення системи реагування. Психосоціальна підтримка, створення оперативних центрів, інтеграція у нормативно-правовий контекст, аналіз міжнародних практик та оновлення системи сповіщення – це лише кілька аспектів, які визначають успішне управління в надзвичайних ситуаціях.

Однак важливо відзначити, що хоча система управління персоналом та реагування на надзвичайні ситуації у галузі охорони здоров'я України вже зазнала певних покращень, існує величезний потенціал для подальшого вдосконалення. Відсутність чіткої мотивації та соціальних гарантій для медичного персоналу визначає необхідність у створенні інтегрованого підходу до управління, який охоплює не лише технічні та організаційні аспекти, але й враховує потреби та добробут працівників.

Основним завданням є забезпечення постійного вдосконалення системи реагування та адаптації до змін, що відбуваються в умовах воєнного конфлікту та надзвичайних обставин. Посилення міжнародної співпраці, впровадження передових технологій та постійний обмін досвідом можуть служити основою для створення реактивної та гнучкої системи, що готова ефективно реагувати на будь-які виклики у сфері громадського здоров'я.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ДУ «ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ» (ЦГЗ) ТА ЙОГО СТРУКТУРИ

2.1. Характеристика ЦГЗ та аналіз основних показників його діяльності.

Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі - ЦГЗ) була створена Наказом МОЗ України від 18.09.2015 № 604 як заклад охорони здоров'я, що організовує та здійснює соціально-гігієнічний моніторинг захворювань, відповідає за збереження і зміцнення здоров'я населення, здійснює епідеміологічний нагляд і біологічну безпеку, контролює групову та популяційну профілактику захворюваності та боротьбу з епідеміями, а також здійснює стратегічне управління у сфері громадського здоров'я [10].

ЦГЗ, як головна експертна установа (Наказом МОЗ України від 10.08.2023 р. № 1438 ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» визначено головною експертною установою у сфері громадського здоров'я) забезпечує організаційно-методичний супровід роботи й координацію діяльності мережі центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ України (ЦКПХ) [2] у рамках епідеміологічного нагляду за інфекційними та неінфекційними захворюваннями і реагування на загрози.

Таблиця 2.1

Характеристика ЦГЗ та аналіз основних показників його діяльності

№ з/п	Показник	Характеристика
1	Повна назва	Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі - Центр)
2	Код ЄДРПОУ	40524109
3	Юридична адреса	04071, м. Київ, вул. Ярославська, 41
4	Власник (<i>орган управління майном</i>)	Міністерство охорони здоров'я України
5	Організаційно-правова форма	Бюджетна неприбуткова установа
6	Форма власності	Державна власність

7	Стисла історія закладу (<i>рік створення, механізм перетворення, статутний капітал тощо</i>)	Центр — санітарно-профілактичний заклад охорони здоров'я, головними завданнями якого є діяльність у галузі громадського здоров'я і забезпечення потреб населення шляхом здійснення епідеміологічного нагляду, виконання повноважень щодо захисту населення від інфекційних та неінфекційних захворювань, лабораторної діяльності, біологічної безпеки та біологічного захисту [10]. Центр утворено наказом МОЗ України від 18.09.2015 № 604 на виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 02.09.2015 № 909-р.
8	Електронна адреса сайту	https://phc.org.ua/
9	Електронна адреса сторінки на Facebook	https://www.facebook.com/phc.org.ua

Стосовно характеристики фінансової складової діяльності, то інформація є конфіденційною в зв'язку з тим, що ЦГЗ і відноситься до 2-ї категорії критичності об'єкта критичної інфраструктури.

ЦГЗ надає медичну допомогу населенню на спеціалізованому рівні.

Центр виконує функції головної експертної установи Міністерства охорони здоров'я України у галузі громадського здоров'я та протидії небезпечним, особливо небезпечним, інфекційним та неінфекційним захворюванням, біологічного захисту та біологічної безпеки, імунопрофілактики, лабораторної діагностики інфекційних недуг, гігієнічних та мікробіологічних аспектів здоров'я людини, пов'язаних із довкіллям, національного координатора Міжнародних медико-санітарних правил, координації реагування на надзвичайні ситуації у секторі громадського здоров'я.

Предметом діяльності Центру є такі напрями:

- організаційно-методичний;
- аналітично-інформаційний;
- лабораторно-діагностичний;
- профілактично-просвітницький;
- науково-практичний;

- наукова діяльність;
- дослідний;
- медична практика;
- дослідження й експериментальні розробки у сфері природничих і технічних наук;
- технічні випробування та дослідження;
- консультативний;
- видавнича діяльність;
- реагування на НС у ГЗ.

2.2. Аналіз системи управління ЦГЗ.

Система управління Центру здійснюється за комплексним підходом.

Організаційна структура Центру складається з відділень медичного закладу (20 відділень), немедичних структурних одиниць, допоміжних та обслуговуючих відділів.

Наведемо стислу характеристику складових організаційної структури Центру.

1. Відділення медичного закладу

- Відділ управління проектами та міжнародної співпраці - здійснює співпрацю з міжнародними партнерами та донорами; налагоджує контакти із закордонними агенціями, асоціаціями, закладами, а також їхніми представництвами в Україні; здійснює пошук міжнародних грантів, проектів, конкурсів; організовує і супроводжує міжнародні проекти, забезпечує участь у міжнародних освітніх та наукових програмах, конференціях, конгресах, семінарах працівників відповідних структурних підрозділів Центру.

- Відділ управління та протидії ВІЛ-інфекції - координує реалізацію програм профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції; розробляє нормативно-правові акти та стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції та приводить їх у відповідність до міжнародних стандартів; здійснює збір, обробку та аналіз

статистичної інформації щодо профілактики та лікування ВІЛ-інфекції, вдосконалення звітності; надає організаційно-методичну допомогу з питань профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції; координує програмну діяльність з питань управління та протидії ВІЛ-інфекції; проводить менеджмент лікарських засобів та виробів медичного призначення на центральному та регіональних рівнях; реалізує профілактичні програми за кошти державного бюджету та здійснює моніторинг їх ефективності.

- Відділ управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності – координує національні заходи з протидії та управління опіоїдною залежністю та вірусних гепатитів В та С.

- Відділ наукових досліджень – займається плануванням, координацією та реалізацією досліджень на потреби громадського здоров'я; координує компоненту стратегічної інформації з ВІЛ у рамках проекту SILTP; забезпечує роботу Комісії з етики досліджень.

- Відділ фармменеджменту та управління запасами - забезпечує збір, узагальнення та аналіз даних щодо залишків та використання лікарських засобів (далі – ЛЗ), імунобіологічних препаратів (далі – ІБП) та медичних виробів (далі – МВ) на регіональному та центральному рівнях; проводить на регулярній основі аналіз стану забезпеченості ЛЗ, ІБП та МВ в регіонах України; надає закладам охорони здоров'я організаційно-методичну допомогу щодо розподілів/перерозподілів ЛЗ, ІБП та МВ з метою їх цільового та раціонального використання; надає закладам охорони здоров'я організаційно-методичну допомогу щодо формування заявок на ЛЗ та МВ для проведення щорічної закупівлі за кошти державного бюджету, участі у здійсненні експертної оцінки заявок регіонів на централізовану закупівлю за рахунок коштів державного бюджету; надає МОЗ організаційно-методичну допомогу щодо розрахунку потреби в ІБП для проведення щорічної закупівлі за кошти державного бюджету; здійснює комунікацію та координацію зусиль з міжнародними донорськими організаціями та партнерами, спрямовану на забезпечення населення цільових груп ІБП, ЛЗ та МВ хворих на

ВІЛ/СНІД, туберкульоз, гепатит та пацієнтів з опіоїдною залежністю тощо, які отримують терапію, як в рамках донорських коштів, так і за кошти державного бюджету.

- Відділ управління та протидії туберкульозу - координує реалізацію програм профілактики, діагностики та лікування туберкульозу; приймає участь у розробці політик з профілактики та контролю за ТБ та ТБ/ВІЛ ко-інфекцією, розробці та перегляді національних стандартів з ведення випадку ТБ та ТБ/ВІЛ з урахуванням міжнародних рекомендацій та доказової медицини; удосконалює нормативну базу в сфері протидії туберкульозу; бере участь у проведенні аналізу якості надання медичної допомоги людям, хворим на ТБ; надає організаційно-методичну допомогу з питань профілактики, діагностики та лікування туберкульозу лікувально-профілактичним закладам; впроваджує інновації та нові підходи до надання медичної допомоги людям з туберкульозом; координує роботу з зацікавленими сторонами та донорами.

- Відділ статистики та аналізу - координує збір медичних статистичних даних, готує аналітичні бюлетені, записки, презентаційні матеріали; організовує збір даних та подання звітів до міжнародних організацій за напрямками медичної статистики та нагляду за інфекційними хворобами; епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами; здійснює моніторинг рівнів захворюваності на інфекційні хвороби, спалахів інфекційних хвороб та отруєнь, охоплення вакцинацією та аналіз цих даних; координує підготовку щорічного звіту щодо стану здоров'я населення України [2]; бере участь у розробці нормативно-правових актів у сфері медичної статистики, інформаційних систем та інструментів, моніторингу та оцінки; координує впровадження Міжнародної класифікації хвороб 11 перегляду в Україні; забезпечує процес моніторингу та оцінки грантів міжнародної фінансової допомоги, державних програм та стратегій; забезпечує організацію на національному рівні посилення кадрового потенціалу регіональних фахівців за напрямками моніторингу та оцінки, медичної статистики, епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами та смертністю; організовує участь України у міжнародних дослідженнях

(Глобальний тягар захворювань, моніторинг надлишкової смертності тощо) та у міжнародних програмах оцінки національних систем епідеміологічного нагляду, національних програм з протидії ВІЛ-інфекції [2] та туберкульозу [2], організовує та проводить подібні оцінки на регіональному рівні; координує процес збору та поширення стратегічної інформації у сфері громадського здоров'я; забезпечує та оцінює якість даних у інформаційних системах Центру та статистичних звітах; приймає участь у стратегічному плануванні за напрямками роботи Центру, підготовка рамки індикаторів та моніторинг реалізації планів та програм; координує процес створення Інформаційного Фонду громадського здоров'я у співпраці із МОЗ та партнерськими організаціями, іншими ЦОВВ; надає методологічну допомогу регіональним фахівцям у межах компетенції відділу [2].

- Відділ антимікробної резистентності та інфекційного контролю – здійснює профілактику інфекцій, інфекційний контроль та протидію поширенню збудників з резистентністю; організовує поводження з медичними відходами та білизною, репроцесинг медичних виробів, адміністрування протимікробних лікарських засобів.

- Відділ організації епіднагляду - розробляє нормативно-правові акти із питань організації епіднагляду за інфекційними хворобами; проводить адвокації нових НПА для регіональних фахівців; координує мережу громадського здоров'я з напрямку епіднагляду; розробляє та впроваджує нові методи епіднагляду на основі кращих міжнародних практик та рекомендацій; забезпечує сталість системи епіднагляду для потреб громадського здоров'я.

- Відділ інформаційних технологій - координує процеси розробки та впровадження ІС в сфері громадського здоров'я; забезпечує інформаційну безпеку та кібербезпеку в Центрі; розробляє нормативно-правові та технічні документи; займається промоцією інформаційних систем Центру в рамках розвитку Електронної системи охорони здоров'я;

- Відділ імунізації - координує роботу регіональних ЦКПХ у сфері організації вакцинопрофілактики населення на субнаціональному рівні; проводить експертну та

нормотворчу діяльність у співпраці з Головним державним санітарним лікарем України та відповідальними підрозділами МОЗ України відповідно до напрямку діяльності відділу імунізації; організовує планування щеплень, моніторинг виконання щеплень, визначення % охоплення; проводить аналітичну діяльність щодо проведення рутинної імунізації населення та окремих вакцинальних кампаній; цифровізує алгоритми діяльності установ та закладів у сфері надання послуг з імунізації населення; веде Довідник вакцин; створює політики інтеграції функціоналу відділу до інформаційних систем (MedData, e-stock, ECO3, IGA) [2]; організовує та моніторить виконання заходів міжнародних та національних партнерів у сфері імунізації; здійснює організаційно-методичне супроводження діяльності структурних підрозділів з питань охорони здоров'я, організацію роботи Національної технічної групи експертів з питань імунопрофілактики, Оперативного штабу МОЗ України з реагування на ситуацію з поширення інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом вакцинації та роботи з аналізу даних бази даних «УкрВак-08».

- Відділ факторів виробничого та навколишнього середовища - проводить моніторинг за факторами навколишнього середовища (іонізуючі і неіонізуючі випромінювання, атмосферне повітря, ґрунти, вода в т.ч. питна); здійснює контроль гігієни і медицини праці, реагування на надзвичайні ситуації радіаційної і хімічної природи, отруєння різного генезу за винятком біологічного та інфекційного.

- Відділ координації діяльності ЦКПХ - формування пропозицій із визначення регіональних пріоритетів у сфері громадського здоров'я; експертна підтримка суб'єктів, що здійснюють діяльність у сфері громадського здоров'я; організаційно-методична підтримка ЦКПХ; організація і проведення навчання для підвищення рівня кваліфікації персоналу ЦКПХ; підготовка пропозицій з удосконалення нормативно-правових актів у сферах, що стосуються діяльності відділу; моніторинг законодавства в межах компетенції відділу.

- Відділ профілактики неінфекційних захворювань - координація поточної діяльності відділу з іншими структурними підрозділами Центру, діяльності

пов'язаної з профілактикою неінфекційних захворювань в рамках роботи Центру знань, реалізації проектів міжнародної технічної підтримки щодо профілактики НІЗ та зменшення поширення ФР НІЗ; ведення діловодства.

- Відділ розвитку професійних компетенцій - оновлення навчальних програм до- та післядипломної освіти, кваліфікаційних вимог та характеристик; розробка нормативних документів з питань освіти та безперервного професійного розвитку лікарів; впровадження заходів безперервного професійного розвитку лікарів; розробка та впровадження навчальних програм, підготовка пакетів навчальних матеріалів для проведення заходів; повний цикл виробництва онлайн-курсів; підтримка роботи платформи дистанційного навчання Центру та сховища навчальних матеріалів.

- Референс-лабораторія діагностики туберкульозу, бактеріальних, паразитарних та особливо небезпечних патогенів - проведення робіт з живими збудниками інфекційних захворювань, з хімічними речовинами, зарахованими до алергенів, з дезрозчинами; проведення досліджень бактеріологічними та серологічними методами; розроблення стандартних операційних процедур, робочих інструкцій лабораторних процесів; підготовка інформаційних та методичних матеріалів; розслідуванні епідемічних ускладнень, здійснення консультативної та практичної допомоги лабораторіям ЗОЗ; розробці проектів законодавчих, організаційно-розпорядчих та нормативних актів; підготовці спеціалістів з сучасних методів діагностики, індикації збудників особливо небезпечних інфекцій, організації і проведенні нарад, семінарів.

- Референс-лабораторія з діагностики ВІЛ/СНІДу, вірусних та особливо небезпечних патогенів - проведення робіт з живими збудниками вірусних інфекцій, з хімічними речовинами, зарахованими до алергенів, з дезрозчинами; проведення лабораторних досліджень; розроблення стандартних операційних процедур, робочих інструкцій лабораторних процесів; підготовка інформаційних та методичних матеріалів; розслідуванні епідемічних ускладнень, здійснення консультативної та практичної допомоги лабораторіям ЗОЗ; розробці проектів

законодавчих, організаційно-розпорядчих та нормативних актів; підготовці спеціалістів з сучасних методів діагностики, індикації збудників особливо небезпечних інфекцій, організації і проведенні нарад, семінарів.

- Відділ готовності та реагування на надзвичайні ситуації - розробка нормативно-правових актів та інших документів, впровадження та проведення заходів з готовності та реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я. Є основним в оперативній діяльності та є основним холдером оперативних (алгоритмічних) документів, є точкою входу та виходу інформації, відповідно існуючим нормативно-правовим документам. Відділ є відповідальним за реагування, передачу інформації та контроль за здійсненням (в межах компетенції) заходів реагування своєї вертикалі. Всі інші відділи повідомляють про загрозу виникнення або настання НС.

- Відділ організації лабораторної роботи - визначення пріоритетних напрямів, заходів, завдань організації лабораторної роботи Центру; розробка стратегії, проектів систем контролю якості та імплементації; впровадження, розробка документів системи менеджменту у відповідності до вимог міжнародних стандартів ISO; з забезпечення належного функціонування Референс-лабораторії діагностики туберкульозу, бактеріальних, паразитарних та особливо небезпечних патогенів, референс-лабораторії з діагностики ВІЛ/СНІДу, вірусних та особливо небезпечних патогенів, референс-лабораторії фізико-хімічних та радіологічних досліджень Центру та системи менеджменту якості (СМЯ); акредитація Референс-лабораторій.

- Відділ біологічної безпеки та біозахисту - координація заходів та контроль за виконанням завдань за напрямом біологічної безпеки та біозахисту; участь у комісіях з ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій в результаті впливу небезпечних біологічних чинників довкілля, можливих актів біотероризму; аналіз фінансування та матеріально-технічного забезпечення лабораторій, що працюють зі збудниками особливо небезпечних інфекційних хвороб та зберігають колекції таких збудників; стратегічне та оперативне планування протидії існуючим загрозам біологічного походження; розробка кваліфікаційних вимог фахівців з біологічної

безпеки та біологічного захисту; проведення тренінгів, курсів спеціалізованої підготовки, семінарів, нарад для фахівців з біологічної безпеки та біологічного захисту; розробка порядку організації роботи лабораторій з дотриманням вимог біобезпеки та біозахисту та дотриманням вимог охорони праці; проведення оцінки біологічних ризиків; проведення систематичного аналізу стану діяльності лабораторій Центру відповідно до звітних статистичних форм; узагальнення матеріалів щодо діяльності та потреб лабораторій Центру.

2. Немедичні структурні одиниці

- Адміністрація - Генеральний директор та п'ять заступників Генерального директора

- Відділ правового забезпечення - забезпечення додержання законності у діяльності Центру і захист його прав та законних інтересів; представлення інтересів Центру в судах та інших органах, на підприємствах, установах та організаціях всіх форм власності; проведення договірної, претензійної та позовної роботи; розробка проектів законодавчих та нормативно-правових актів, опрацювання та погодження нормативних документів, розроблених в Центрі та тих, що надійшли на погодження Центру; методичне керівництво правовою роботою в Центрі.

- Відділ внутрішнього аудиту - планування, організація та здійснення внутрішнього аудиту; подання керівнику Центру аудиторських звітів та рекомендацій; підготовка та своєчасне подання звіту про результати діяльності відділу внутрішнього аудиту; проведення моніторингу виконання (врахування) рекомендацій за результатами здійснення внутрішнього аудиту; складення та виконання програми забезпечення та підвищення якості внутрішнього аудиту, проведення внутрішньої оцінки якості внутрішнього аудиту відповідно до вимог стандартів внутрішнього аудиту [2].

- Відділ бухгалтерського обліку та фінансово-економічного забезпечення - організація бухгалтерського обліку фінансово-господарської діяльності Центру та складання звітності; організація фінансового супроводу питань проектів, що реалізуються Центром; комунікація в частині фінансових питань з Міністерством

охорони здоров'я України, контролюючими органами; забезпечення здійснення своєчасних виплат працівникам Центру; забезпечення своєчасного здійснення оплат за зобов'язаннями Центр.

Допоміжні

- Відділ комунікацій - впровадження ефективної системи збору, аналізу, підготовки та поширення суспільно-важливої інформації для формування в суспільстві й експертному середовищі усталеної позитивної репутації Центру як основного та найбільш достовірного джерела інформації з питань громадського здоров'я; розробка та впровадження комунікаційних стратегій ЦГЗ.

- Відділ організації заходів - організація тренінгів, семінарів, конференцій та онлайн заходів; організація участі у міжнародних заходах; організація міжнародних поїздок.

- Відділ документального забезпечення - організація створення архіву документів Центру; організація паперового та електронного документообігу Центру; організація письмових та усних перекладів.

- Відділ управління персоналом - організація пошуку, підбору та адаптації персоналу; організація та ведення кадрового діловодства; організація та проведення навчання персоналу; аналіз ефективності використання трудових ресурсів, оптимізація організаційної структури Центру; організація та ведення військового обліку призовників, військовозобов'язаних та резервістів; підготовка та консолідація звітності по персоналу; реалізація стратегічних питань відділу.

- Відділ закупівель та поставань - ефективне і своєчасне забезпечення здійснення закупівель товарів, робіт, послуг відповідно до потреб; підготовка та затвердження річного плану закупівель Центру; проведення процедур закупівель товарів, робіт та послуг у встановленому законодавством порядку; укладання договорів поставки товарів, робіт та послуг для потреб Центру; забезпечення доставки товарів згідно із передбаченими в договорах термінами, контроль їх кількості, якості.

Обслуговуючі

- Відділ господарського забезпечення - керівництво господарчим обслуговуванням і додержанням в належному стані приміщень, в яких розташовується персонал; забезпечення працівників Центру всіма матеріально технічними ресурсами; контроль виконання графіків поставок обладнання та матеріалів; контроль за забезпечуванням працездатності систем електропостачання, тепlopостачання та сантехсистем, взаємодія з перевіряючими службами; контроль за організацією технічного обслуговування та ремонту автотранспорту.

2.3. Аналіз організації готовності та реагування ЦГЗ та обґрунтування напрямків її вдосконалення. Нормативно -правова регуляція та координація.

Готовність та реагування на НС є надважливим аспектом для розвитку системи громадського здоров'я, виходячи із глобальної НС – пандемії коронавірусної хвороби та активної фази війни від 24 лютого 2022 року.

Реагування на небезпечні чинники та надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я - комплекс організаційних, медико-санітарних, протиепідемічних та адміністративних заходів в осередку виявлення небезпечного чинника та/або надзвичайної ситуації та за його межами, спрямованих на ліквідацію небезпечних чинників та зменшення шкідливого впливу на здоров'я населення факторів середовища життєдіяльності, що створюють загрозу здоров'ю, життю або працездатності людини чи здоров'ю майбутніх поколінь [2, 7, 4].

Розпочате реформування системи охорони здоров'я в Україні підкреслюють актуальність нарощення спроможностей для поліпшення реагування та стійкості системи на випадки спалахів (і не тільки), поліпшення раннього виявлення та реагування на ці сигнали та важливість вчасності отримання стратегічної інформації для покращення здоров'я населення [11].

Одним з напрямів упровадження Концепції розвитку системи громадського здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 року № 1002-р, є створення багатосекторальної системи ГЗ та забезпечення консолідації функцій у секторі громадського здоров'я. Ключовою частиною розбудови системи

ГЗ є розвиток її регіональної мережі шляхом об'єднання регіональних структур, які працюють у секторі громадського здоров'я. Серед напрямків діяльності регіонального центру громадського здоров'я зазначено такі, що відповідають функціям готовності та реагування[2,3]:

- координація діяльності закладів охорони здоров'я стосовно дотримання єдиної системи збирання, обробки, зберігання та передавання медико-статистичної інформації;
- виявлення потреб населення загалом та груп ризику, що пов'язані із системою охорони здоров'я, а також відстежування прогресу в досягненні індикаторів стану здоров'я регіону;
- створення періодичних аналізів та звітів, публікація отриманих даних в різноманітних форматах для різних груп населення [2];
- інформаційна підтримка заходів галузевого управління, інформаційно-аналітичного забезпечення планування діяльності галузевого управління у частині, що стосується питань реагування громадського здоров'я [2];
- забезпечення інформаційного супроводу реалізації національних, регіональних та місцевих програм у секторі громадського здоров'я [2].
- реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, що мають регіональне значення, зокрема локальні спалахи інфекційних хвороб;
- запровадження механізмів функціонування, зокрема фінансування, лабораторних підрозділів закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування як єдиної мережі з метою реагування на загрози у сфері громадського здоров'я, у тому числі міжрегіональних (міжобласних) лабораторних центрів.

За останні два роки, з метою подолання викликів було ініційовано наступні зміни у нормативно-правову регуляцію України з метою поліпшення стану системи та нарощення її спроможностей:

- I. Прийнято зміни до постанови Кабінету Міністрів України від 9 січня 2014 р. № 11 «Про затвердження Положення про єдину державну

систему цивільного захисту» якими підпорядковано Міністерству охорони здоров'я України підсистему забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення

- II. Напрацьовано проєкт наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Положення про функціональну підсистему забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення єдиної державної системи цивільного захисту»
- III. Напрацьовано проєкт наказу Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Плану реагування на надзвичайні ситуації функціональної підсистеми забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення єдиної державної системи цивільного захисту»
- IV. Ведеться активна робота щодо посилення кадрового потенціалу, матеріально-технічного забезпечення та розвиток цифрових інструментів в регіонах з метою забезпечення максимальної спроможності з питань реагування
- V. Проведення навчань у т.ч. організація проведення симуляційних вправ, розробка стандартних операційних процедур та алгоритмів з питань реагування та ліквідації надзвичайних ситуацій.

Обласними центрами контролю та профілактики хвороб МОЗ України (далі – ЦКПХ), відповідно до Положенням про функціональну підсистему, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 березня 2019 року № 667, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 22 квітня 2019 року за № 423/33394, утворено та забезпечено роботу груп радіаційного спостереження і дозиметричного контролю, хімічного спостереження і контролю, групи епідеміологічного спостереження і контролю та дезінфекційні бригади (далі – групи реагування), а також визначено регіональних координаторів, відповідальних за роботу зазначених груп реагування.

Кількість осіб, що задіяна до роботи груп реагування в системі Центрів контролю та профілактики хвороб становить:

- 125 осіб у групах радіаційного спостереження та дозиметричного контролю **(29 груп)**;
- 228 осіб у групах хімічного спостереження та контролю **(35 груп)**;
- 245 осіб у групах епідеміологічного спостереження і контролю **(40 груп)**;
- 165 осіб у дезінфекційних бригадах **(36 бригад)**.

Завданнями функціональної підсистеми є:

- 1) здійснення заходів цивільного захисту на об'єктах функціональної підсистеми та у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення;
- 2) забезпечення готовності підпорядкованих сил і засобів до дій, спрямованих на запобігання виникненню та реагування на надзвичайні ситуації, здійснення заходів щодо запобігання виникненню надзвичайних ситуацій або небезпечних подій, що становлять загрозу санітарному та епідемічному благополуччю населення;
- 3) організація та проведення оцінки ризиків, моніторинг і прогнозування виникнення надзвичайних ситуацій та їх розвитку на об'єктах функціональної підсистеми, визначення ризиків виникнення надзвичайних ситуацій у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення;
- 4) своєчасне і достовірне інформування заінтересованих органів виконавчої влади про загрозу виникнення або виникнення надзвичайних ситуацій у сфері санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, а також на об'єктах функціональної підсистеми»;
- 5) проведення рятувальних та інших невідкладних робіт з ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій на об'єктах функціональної підсистеми, вжиття відповідних заходів реагування у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення;
- 6) забезпечення планування заходів цивільного захисту;
- 7) організація та проведення навчань (тренувань) з підготовки органів управління функціональної підсистеми та підпорядкованих їм сил цивільного захисту;

- 8) розроблення та здійснення заходів, спрямованих на забезпечення сталого функціонування в особливий період об'єктів функціональної підсистеми;
- 9) підготовка навчальних матеріалів, рекомендацій та навчання населення щодо поведінки та дій у разі виникнення надзвичайних ситуацій у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення. Навчання населення щодо поведінки та дій у разі виникнення надзвичайної ситуації на об'єктах функціональної підсистеми;
- 10) здійснення заходів щодо організації укриття працівників об'єктів функціональної підсистеми у захисних спорудах цивільного захисту;
- 11) створення, раціональне збереження і використання резерву матеріальних ресурсів, необхідних для запобігання, реагування та ліквідації надзвичайних ситуацій незалежно від характеру походження та становлять загрозу санітарному та епідемічному благополуччю населення;
- 12) розроблення та забезпечення виконання галузевих програм і планів з питань цивільного захисту;
- 13) інші завдання, визначені законодавством у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Виходячи з існуючих документів, проаналізувавши їх зміст, вартує зазначити що жоден документ не окреслює чітко соціальні гарантії та необхідні умови допуску персоналу, що може бути та/або залучено до реагування на спалахи інфекційних хвороб, хімічні, радіологічні/ядерні інциденти, з чого витікає що їх повноцінне функціонування є недосконалим, але цілковито легальним.

Так само, відповідно чинних документів, створено «ПЛАН реагування на надзвичайні ситуації функціональної підсистеми забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення єдиної державної системи цивільного захисту». План реагування на надзвичайні ситуації функціональної підсистеми забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення єдиної державної системи цивільного захисту розробляється для визначення порядку дій функціональної підсистеми забезпечення санітарного та епідеміологічного

благополуччя населення, яка створена Міністерством охорони здоров'я України як складова частина єдиної державної системи цивільного захисту для реалізації відповідних заходів цивільного захисту в рамках її компетенції. План має загальне значення та тісно пов'язаний з іншими ЦОВВ, що нам говорить про необхідність спільної роботи над ним інших ЦОВВ та юстування.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Важливим питанням для всього нашого суспільства та, зокрема, для діяльності ЦГЗ є вжиття заходів щодо реагування на надзвичайні ситуації, розвиток та інтеграції у процеси розбудови системи громадського здоров'я.

Кодекс цивільного захисту, стратегії та плани чітко окреслюють функціонування системи реагування, обмін інформацією вертикально та горизонтально, пояснюють послідовність дій персоналу, що залучено до реагування на різних рівнях, проте не закріплюють у юридичному полі соціальні гарантії та основи психічного здоров'я.

Необхідно провести перегляд фінансових (бюджетних) планів, засідань тощо, для включення у нагальні питання до обговорення проблемні питання реагування системи ГЗ для її розвитку, зокрема вирішення кадрових питань, що стосуються менеджменту груп реагування на НС у сфері громадського здоров'я, включно з програмами психологічної підтримки та переглядом графіку робот відповідно чинного законодавства України, беручи до уваги необхідність повноцінної легалізації льгот (відпустки додаткова, більше вихідних, взаємозамінність тощо). Виходячи зі змін 2017 року, коли Державна санітарно-епідеміологічна служба (СЕС), довгий час несла функції органу, який контролює безпеку харчової продукції та сфери виробництва продуктів харчування. На сьогоднішній день Кабмін України прийнято рішення про ліквідацію Держслужби СЕС, як такої, без реорганізації її в інші держструктури. Дане рішення закріплене постановою № 348 від 29 березня 2017 року, яке опубліковано на сайті уряду 23 травня поточного року, на яке відреагували і інші ЦОВВ, припинивши готувати відповідних спеціалістів для підтримання сталого балансу поколінь у пулі спеціалістів, епідеміологічного та санітарно-гігієнічного профілю, викликавши наростання кадрового голоду та дефіциту експертів, які зможуть наповнити вакантні місця, маючи повний пакет соціальних гарантій та психологічної підтримки, що прямо та опосередковано вплинуло на показники реагування та рівень кваліфікації спеціалістів.

РОЗДІЛ 3

СУЧАСНИЙ СТАН УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ГРУП ШВИДКОГО РЕАГУВАННЯ СИСТЕМИ РЕАГУВАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Для опитування використовувався інструмент HEPsA який було адаптовано до нагальних фокусних потреб.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hepsa-health-emergency-preparedness-self-assessment-tool-user-guide>)

3.1. Кадрове забезпечення та потреби у підготовці фахівців ЦКПХ.

Для визначення спроможностей у ГЗ щодо можливостей налагодити менеджмент у реагування на НС, було проведено оцінювання діяльності центрів контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ) з метою отримання інформації стосовно спроможності ЦКПХ, як складової системи реагування, виконувати свої функції у сфері громадського здоров'я, а також ідентифікувати сильні сторони та виявити прогалини, за якими ЦГЗ та інші партнерські організації зможуть надати ЦКПХ відповідну підтримку та технічну допомогу щодо покращення менеджменту реагування на НС у ГЗ. Кількісне дослідження проводилося методом самооцінки ЦКПХ із використанням електронного інструменту збору даних. Опитувальник для проведення оцінювання було надіслано онлайн до ЦКПХ 25 регіонів (крім тимчасово окупованих АР Крим та міста Севастополя) з офіційної електронної адреси Центру громадського здоров'я МОЗ України (ЦГЗ) наприкінці січня 2023 року. Збір інформації тривав до семи днів. Відповіді надали 24 ЦКПХ (Луганський ЦКПХ відповіді не надав).

У цьому аналізі наведено ключові результати кількісного оцінювання для 24 ЦКПХ, які характеризують ситуацію щодо потреб ЦКПХ та їхньої спроможності виконувати покладені на них функції реагування.

Проведене дослідження має свої обмеження. Результати суттєво залежали від розуміння респондентами специфіки різних аспектів діяльності ЦКПХ, тож якість відповідей могла погіршуватися у випадку, коли респонденти не володіли або

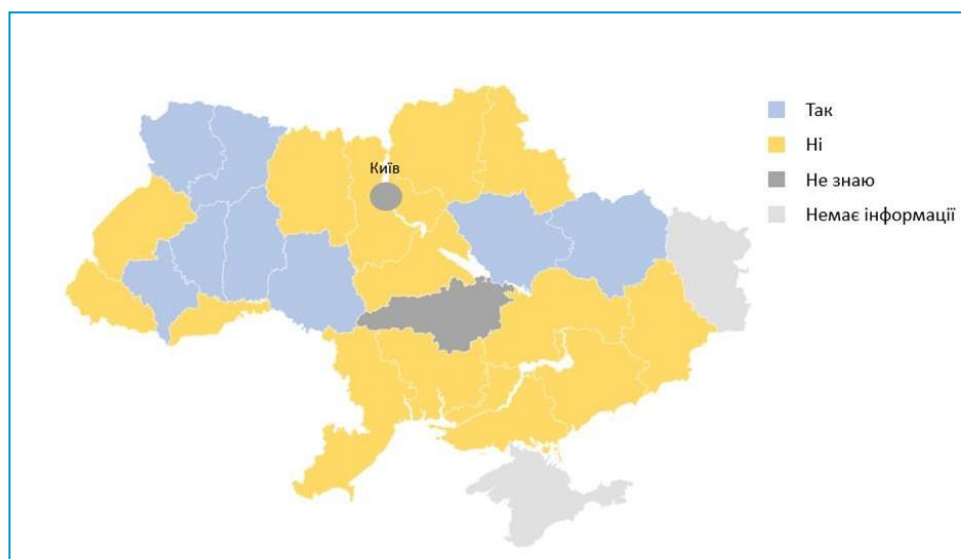
мали неповну інформацію з певних питань. Окрім цього, досить стислий час, за який здійснювався збір даних (3–7 днів на заповнення опитувальника, що містить понад 600 питань) також міг вплинути на якість отриманої нами інформації.

1. Кадрове забезпечення та потреби у підготовці фахівців ЦКПХ

Загальна забезпеченість ЦКПХ кадрами

За результатами проведеного дослідження лише вісім ЦКПХ (33%) оцінюють забезпеченість кадрами як достатню – Волинський, Вінницький, Івано-Франківський, Одеський, Рівненський, Сумський, Харківський та Чернігівський ЦКПХ (Рис. 1).

Рисунок 1. Самооцінка ЦКПХ щодо достатності персоналу для виконання основних функцій



Станом на 01.01.2023 у 24 ЦКПХ, які взяли участь у дослідженні, працюють 12 354 фізичні особи, із найменшою кількістю (226 фахівців) у Кіровоградській області до найбільшої кількості (1 072 особи) – у Дніпропетровській.

Водночас кількість працевлаштованих фахівців не завжди корелює зі спроможністю ЦКПХ виконувати основні функції. Зокрема:

- У середньому в ЦКПХ працює 32 фахівці на 100 тис. населення із найвищою кількістю фахівців у Сумській (45 осіб на 100 тис. населення), Черкаській (43 особи на 100 тис. населення) та Чернігівській областях (40 осіб на 100 тис. населення).

Однак усі ці три області вважають, що попри велику кількість фахівців, забезпеченість кадрами не є достатньою, що може частково зумовлюватися

потребою в додатковій підготовці фахівців ЦКПХ. Найнижча забезпеченість кадрами спостерігається в Київському міському (20 осіб на 100 тис. населення), Одеському (23 особи на 100 тис. населення) та Кіровоградському ЦКПХ (25 осіб на 100 тис. населення).

Суттєвою проблемою в забезпеченості кадрами всіх ЦКПХ є вік фахівців, адже:

- ▶ майже 40% фахівців мають стаж роботи понад 30 років і фактично є особами пенсійного чи передпенсійного віку;
- ▶ частка молодих фахівців становить у середньому 10% і коливається від 2% у Житомирській області до 44% у Херсонській області;
- ▶ у трьох ЦКПХ – Сумському (58%), Хмельницькому (57%) та Черкаському (53%) – більше ніж половина фахівців мають стаж роботи понад 30 років. Найменше таких фахівців у Івано-Франківській (9%) та Чернігівській областях (2%).

Загалом 2/3 всіх фахівців ЦКПХ працюють у відокремлених/районних філіях (68%) із найменшою часткою таких у Житомирській (45%) та Миколаївській (48%) областях.

Здебільшого у відокремлених підрозділах працюють молодші спеціалісти з медичною освітою та молодший медичний персонал.

Кадрове забезпечення ЦКПХ за окремими посадами та спеціалізацією

Найбільша кількість працевлаштованих фахівців – молодші спеціалісти з медичною освітою (37%) та лікарі (22%).

Серед фахівців, на яких покладено функцію епідеміологічного нагляду, простежуються такі тенденції:

- ▶ Майже третину всіх лікарів (28%) становлять лікарі-епідеміологи. Загалом у ЦКПХ працює 762 лікарі-епідеміологи, або в середньому 2 епідеміологи на 100 тис населення.
- ▶ Найбільше лікарів-епідеміологів працевлаштовано у Харківській (68 осіб, або 2,6 на 100 тис. населення), Дніпропетровській (66 осіб, або 2,1 на 100 тис. населення) та Львівській областях (63 особи, або 2,5 на 100 тис. населення). У відносному значенні найвища кількість лікарів-епідеміологів працює в Івано-Франківській області (49 осіб, або 3,6 на 100 тис. населення).
- ▶ Кількість помічників лікарів-епідеміологів на одного лікаря-епідеміолога коливається від 1 у Івано-Франківській та Харківській областях до 3,4 у Черкаській та 8,1 у Житомирській області.

- ▶ Більше ніж третина (37%) лікарів-епідеміологів, працевлаштованих у ЦКПХ, мають стаж роботи понад 30 років, що свідчить про те, що вони є передпенсійного або пенсійного віку; водночас молодих фахівців (до 10 років стажу) є лише 21%. Для Херсонської (69%), Донецької (68%), Миколаївської (67%), Сумської (64%), Хмельницької (63%), Черкаської (61%), Закарпатської (59%) та Одеської (56%) областей цей показник є критичним, адже частка лікарів-епідеміологів зі стажем роботи понад 30 років становить більше половини таких фахівців. Кіровоградський ЦКПХ не має жодного лікаря-епідеміолога зі стажем роботи до 10 років, а в Миколаївському, Черкаському, Житомирському, Закарпатському, Сумському, Донецькому, Одеському та Херсонському ЦКПХ таких лікарів менше трьох осіб.
- ▶ Загалом у всіх ЦКПХ працює 2 060 осіб, на яких покладено функції епідеміологічного нагляду, серед них є лікарі, спеціалісти з вищою немедичною освітою, молодші спеціалісти з медичною освітою, фахівці з середньою немедичною освітою.

Серед фахівців, на яких покладено функцію реагування на надзвичайні ситуації в галузі громадського здоров'я, спостерігаються такі тенденції:

- ▶ Загалом у ЦКПХ є 3 923 фахівці постійного штату для екстреного реагування та 1 362 фахівці мобілізаційного резерву. Інформацію про чисельність фахівців постійного штату, залучених до екстреного реагування на різні небезпеки в галузі громадського здоров'я, відображено в Табл. 1.
- ▶ Про наявність мобілізаційного резерву повідомили лише 12 ЦКПХ (50%): Дніпропетровський, Закарпатський, Запорізький, Івано-Франківський, Кіровоградський, Рівненський, Сумський, Тернопільський, Харківський, Хмельницький, Чернівецький та Чернігівський.
- ▶ ЦКПХ найбільш укомплектовано фахівцями, залученими до реагування на хімічні небезпеки, а найменш укомплектованими є групи ядерної небезпеки, про відсутність яких повідомили Житомирський, Київський, Полтавський, Херсонський та Чернівецький обласні ЦКПХ.
- ▶ У деяких ЦКПХ відсутні окремі фахівці, які можуть реагувати на різні загрози: наприклад, на епідемічні небезпеки, біологічні небезпеки та інциденти, пов'язані з безпекою харчових продуктів та тварин, радіаційні та ядерні небезпеки тощо.
- ▶ В інформації про фахівців, залучених до екстреного реагування в разі інших небезпек, деякі ЦКПХ повідомили про групи дезінфекційного реагування (Закарпатська, Київська, Харківська області) та про групу лікарів загальної та комунальної гігієни у Чернівецькій області.

Таблиця. 1. Чисельність фахівців постійного штату та мобілізаційного резерву, залучених до екстреного реагування на різні небезпеки в галузі громадського здоров'я*

	Епідемічна небезпека		Біологічна небезпека		Хімічна небезпека		Радіаційна небезпека		Ядерна небезпека		Безпека харчових продуктів та тварин	
	постійний штат	мобілізаційний резерв	постійний штат	мобілізаційний резерв	постійний штат	мобілізаційний резерв	постійний штат	мобілізаційний резерв	постійний штат	мобілізаційний резерв	постійний штат	мобілізаційний резерв
Область												
Вінницька	38	0	28	0	33	0	29	0	13	0	6	0
Волинська	61	0	11	0	37	0	18	0	18	0	0	0
Дніпропетровська	78	77	78	77	46	41	30	29	30	29	16	16
Донецька	20	0	23	0	27	0	10	0	10	0	37	0
Житомирська	12	0	8	0	3	0	12	0	0	0	4	0
Закарпатська	62	0	0	0	60	0	4	0	4	0	0	0
Запорізька	19	2	12	2	26	2	6	0	6	0	0	0
Івано-Франківська	33	40	33	40	33	30	36	30	36	30	0	0
Київська	59	0	21	0	21	0	22	0	0	0	0	0
м. Київ	90	0	148	0	114	0	7	0	7	0	8	0
Кіровоградська	0	0	0	0	18	3	9	0	9	0	0	0
Луганська	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Львівська	171	0	183	0	83	0	31	0	31	0	171	0
Миколаївська	24	0	3	0	7	0	6	0	28	0	0	0
Одеська	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Полтавська	15	0	15	0	14	0	12	0	0	0	0	0
Рівненська	4	8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5
Сумська	93	26	74	27	67	25	4	4	4	4	4	4
Тернопільська	34	24	34	24	36	20	35	2	35	2	0	0
Харківська	42	42	5	5	18	18	17	17	17	17	64	64
Херсонська	3	0	3	0	3	0	0	0	0	0	5	0
Хмельницька	34	43	5	6	33	40	3	4	3	4	2	2
Черкаська	66	0	145	0	77	0	5	0	5	0	2	0
Чернівецька	55	38	48	8	37	17	1	17	0	9	4	0
Чернігівська	54	79	54	25	43	36	17	36	17	36	54	62

*Суму даних за окремими видами небезпек обчислювати не доцільно, адже фахівці можуть одночасно залучатися до реагування на різні небезпеки.

Кадрова забезпеченість лабораторної служби є такою:

- ▶ Загальна кількість фахівців, які працюють у різних типах лабораторій, становить 3 951 особу, з них третина (33%) фахівців працюють на обласному рівні, решта – у відокремлених підрозділах.
- ▶ Попри наявність усіх видів лабораторій, лише два ЦКПХ (8%) – Рівненський та Черкаський – повідомили про наявність фахівців у всіх видах лабораторій.
- ▶ Найменш забезпеченою є лабораторія ЦКПХ Херсонської області, де є фахівці лише мікробіологічної лабораторії на районному рівні, і Донецької та Вінницької областей, де є фахівці лише у мікробіологічній лабораторії та лабораторії фізичних факторів навколишнього середовища (Табл. 2).

Кадрове забезпечення ЦКПХ для виконання інших функцій:

- ▶ 12 ЦКПХ (50%) вказали, що не мають фахівців, на яких покладено функції управління та адміністрування ланцюжком постачання медичних імунобіологічних препаратів (Львівська, Тернопільська, Вінницька, Київська, Черкаська, Кіровоградська, Одеська, Миколаївська, Херсонська, Запорізька, Сумська області та м. Київ). Найбільше таких фахівців у Полтавській (43) та Чернігівській (27) областях.

► Лише п'ять ЦКПХ (21%) зазначили, що мають фахівців, на яких покладено функції виконання заходів з питань психічного здоров'я: Запорізька, Кіровоградська, Тернопільська, Херсонська та Чернівецька області.

► Що стосується наявності фахівців для роботи з даними, то лише вісім ЦКПХ (33%), серед яких Черкаський, Чернігівський, Дніпропетровський, Донецький, Херсонський, Миколаївський, Закарпатський та Волинський, зазначили, що не мають достатньо фахівців для такої роботи.

За інформацією ЦКПХ, для задоволення кадрових потреб їм додатково необхідні такі фахівці: ► лікарі-епідеміологи (14 ЦКПХ);

► лаборанти з різних небезпек громадського здоров'я (7 ЦКПХ); ► гігієністи (6 ЦКПХ);

► бактеріологи (5 ЦКПХ);

► фахівці зі зв'язків з громадськістю/комунікації (3 ЦКПХ); ► фахівці з психічного здоров'я (3 ЦКПХ);

► ІТ-спеціалісти (1 ЦКПХ);

► фахівці з реагування на надзвичайні ситуації (1 ЦКПХ); ► фахівці з вакцинації (1 ЦКПХ);

► помічники епідеміологів (1 ЦКПХ).

Таблиця 2. Кількість фахівців, працюючих у лабораторіях ЦКПХ

Область	Мікробіологічна	Вірусологічна	Особливо небезпечних інфекцій	Хіміко-токсикологічна	Радіологічна	Паразитологічна	Фізичних факторів навколишнього середовища
Вінницька	102	0	0	0	0	0	107
Волинська	84	0	7	0	0	0	7
Дніпропетровська	211	17	11	217	0	5	14
Донецька	143	0	0	0	0	0	8
Житомирська	126	9	0	0	0	17	16
Закарпатська	94	6	6	72	0	0	9
Запорізька	75	15	8	0	8	4	0
Івано-Франківська	89	10	8	0	0	4	96
м. Київ	54	12	0	0	0	16	4
Київська	52	10	7	108	0	6	12
Кіровоградська	56	8	5	33	7	0	5
Луганська	-	-	-	-	-	-	-
Львівська	54	19	12	144	0	11	16
Миколаївська	63	10	9	0	4	0	0
Одеська	0	0	0	0	0	0	0
Полтавська	53	6	6	28	0	3	9
Рівненська	56	10	7	18	6	6	40
Сумська	57	8	8	76	5	0	6
Тернопільська	59	10	11	0	0	5	9
Харківська	53	10	10	121	0	0	9
Херсонська	50	0	0	0	0	0	0
Хмельницька	67	9	6	27	4	0	7
Черкаська	55	10	8	26	2	2	4
Чернівецька	57	9	6	0	0	6	51
Чернігівська	55	1	1	0	1	1	0

Початок повномасштабного вторгнення не призвів до суттєвого відтоку кадрів у більшості областей:

- ▶ За період з 24.02.2022 по 01.01.2023 звільнилися 745 осіб, або в середньому 6% від тих, хто був працевлаштований станом на 01.01.2022.
- ▶ Найвища частка осіб, які звільнилися, – в Одеській (14,8%), Кіровоградській (9,7%), Київській (8,8%), Донецькій (8,7%), Тернопільській (8,1%), Дніпропетровській (7,3%), Запорізькій (7,1%) та Івано-Франківській областях (7,1%).
- ▶ Здебільшого звільнялися фахівці з категорії «Інший персонал» (37% серед звільнених, або 12% від поточної кількості фахівців).
- ▶ Водночас у більшості областей змогли залучити нових фахівців після початку повномасштабного вторгнення: 1 265 осіб було працевлаштовано.
- ▶ Найвищий приріст фахівців (різниця між працевлаштованими та звільненими) відбувся у Львівській (+92 фахівці), Дніпропетровській областях (+85 фахівців) та у м. Києві (+69 фахівців).
- ▶ Початок повномасштабного вторгнення негативно вплинув на кадрове забезпечення Донецького (-58 фахівців), Одеського (-11 фахівців), Закарпатського (-7 фахівців), Миколаївського (-4 фахівці) та Івано-Франківського (-2 фахівці) центрів.
- ▶ Лише три ЦКПХ відмітили, що мають фахівців у простой: Херсонський (207 осіб), Донецький (117 осіб) та Запорізький (106 осіб).

Навчання фахівців ЦКПХ та потреба у навчанні

Найявний великий попит на навчання фахівців ЦКПХ. Зокрема:

▶ 16 ЦКПХ (67%) вказали, що навички та компетенції персоналу є достатніми для підтримки нагляду за громадським здоров'ям та реагування на всіх рівнях системи громадського здоров'я. Лише Волинський, Дніпропетровський, Львівський, Миколаївський та Хмельницький ЦКПХ визнали, що навичок не достатньо.

▶ Загалом 4 339 людино-курсів пройшли фахівці ЦКПХ упродовж 2021/2022 років за запитуваним переліком напрямів, проте переважна більшість (72%) таких курсів були заочними. Найбільше осіб проходили навчання у Дніпропетровському (884), Закарпатському (827) обласних та Київському міському ЦКПХ (802).

► Лише за напрямом «Епідеміологічний нагляд та інфекційний контроль» навчання проходили фахівці з усіх ЦКПХ. Також активно проходили навчання за напрямками

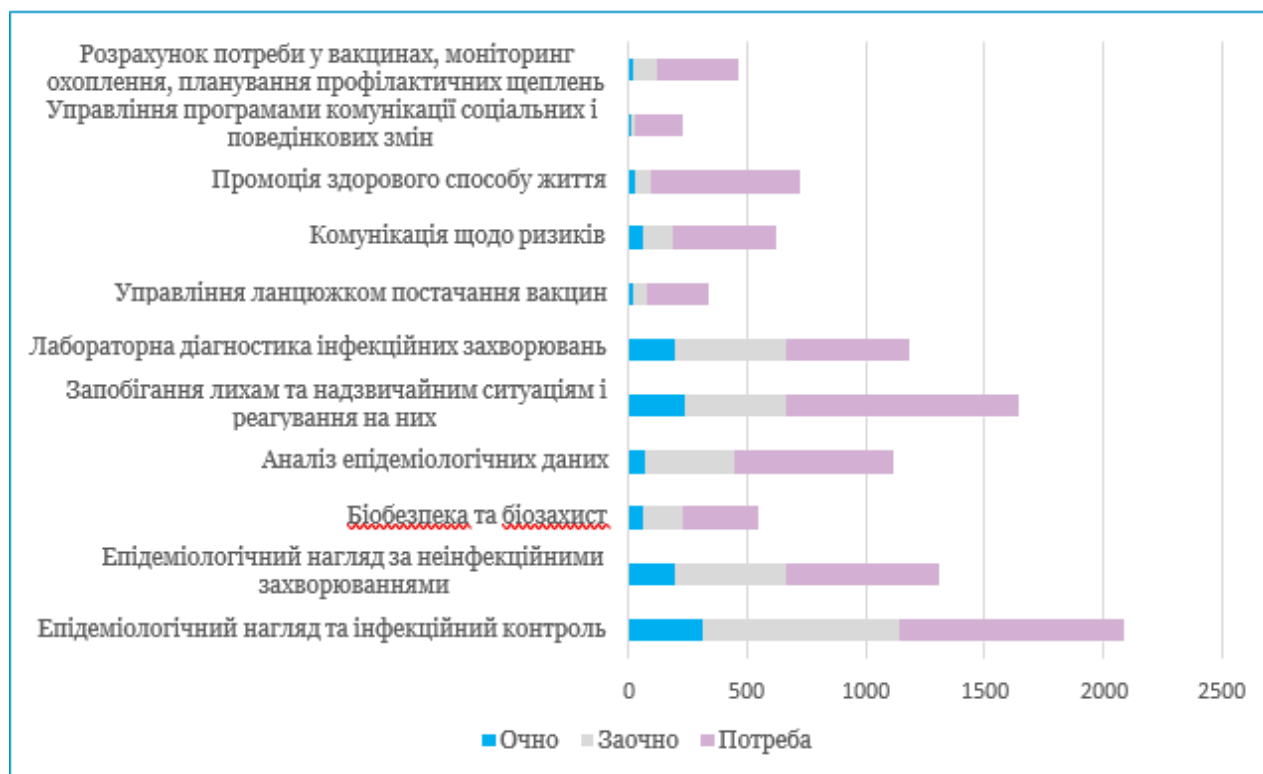
«Епідеміологічний нагляд за неінфекційними захворюваннями», «Запобігання надзвичайним ситуаціям та реагування на них», «Лабораторна діагностика інфекційних захворювань», «Комунікація щодо ризиків» (Рис. 2).

► Потреба у навчанні значною мірою перевищує ту кількість осіб, які вже пройшли навчання в будь-якій формі (Рис. 3). Найбільшу кількість осіб, які потребують додаткового навчання, вказали ЦКПХ Київської (873 особи), Закарпатської (760 осіб, що вище за фактичну чисельність фахівців ЦКПХ на 316 осіб) та Дніпропетровської (601 особа) областей.

► Переважна більшість ЦКПХ – 21 (88%) – зазначили, що їхні фахівці потребують додаткової підготовки у сфері аналізу даних для прийняття управлінських рішень. Не потребують додаткової підготовки Миколаївський, Кіровоградський та Івано-Франківський ЦКПХ.

► Цікавим є також той факт, що потреба у навчанні фахівців ЦКПХ за окремими напрямками значно перевищує реальну кількість осіб, залучених до таких напрямів, що може свідчити про бажання керівництва ЦКПХ сформувати своєрідний кадровий резерв.

Рисунок 2. Навчання фахівців ЦКПХ та попит на навчання за окремими напрямками, осіб



Потреби у навчанні фахівців ЦКПХ (за напрямками) відображено на Рис. 3.

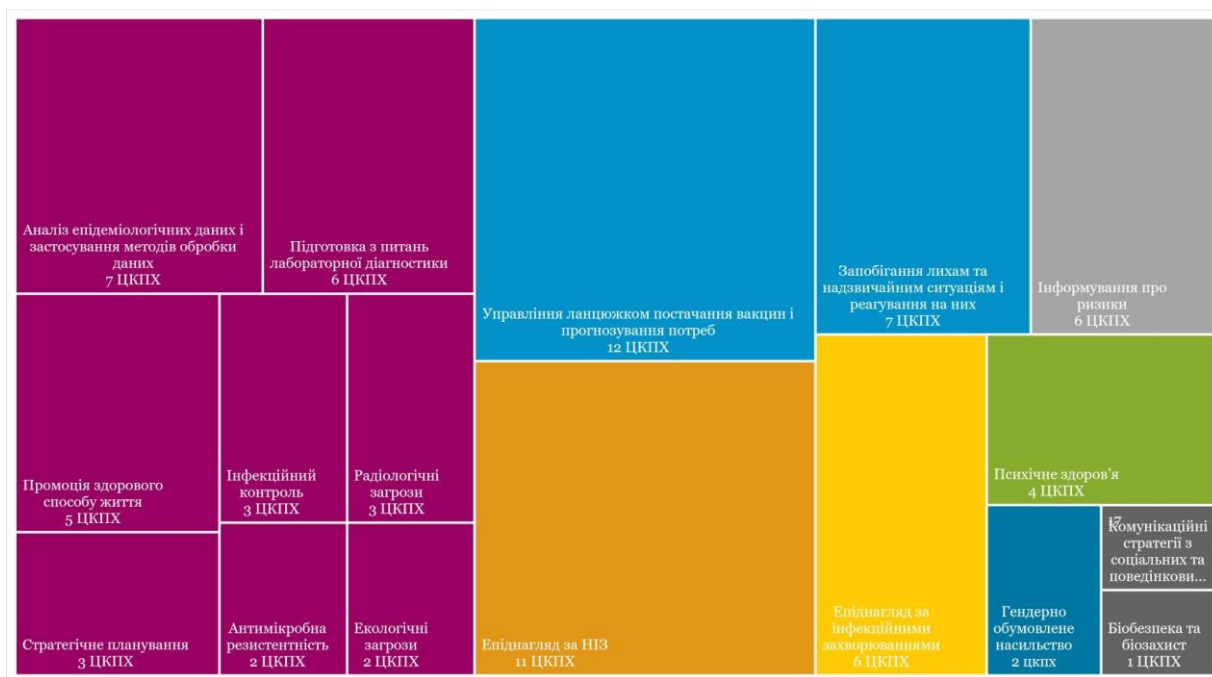


Рисунок 3. Розподіл потреб у навчанні фахівців ЦКПХ за окремими напрямками

Спостереження за подіями в галузі громадського здоров'я: управління подіями та реагування на них

Епіднадгляд за інфекційними захворюваннями

Результати опитування продемонстрували, що в усіх ЦКПХ, окрім Черкаського, діє система епіднадзора, що забезпечує передачу даних у режимі реального часу. В усіх ЦКПХ епіднадгляд здійснюється на основі показників.

При цьому:

- ▶ Усі 24 опитані ЦКПХ (100%) повідомили, що здійснюють спостереження за переліком пріоритетних подій.
- ▶ 23 ЦКПХ (96%) здійснюють ентомологічний нагляд.
- ▶ 23 ЦКПХ (96%) здійснюють епіднадгляд за віспою мавп.
- ▶ 23 ЦКПХ (96%) здійснюють епіднадгляд за антимікробною резистентністю (окрім Херсонського ЦКПХ), проте Рівненський ЦКПХ повідомив, що за епіднадгляд відповідає обласна лікарня, а Сумський ЦКПХ – що впровадження перебуває на початковій стадії.

► У 22 ЦКПХ (92%) система епіднагляду включає інформацію з систем спостереження за навколишнім середовищем.

► 22 ЦКПХ (92%) здійснюють регулярний моніторинг медіа для виявлення подій, що можуть становити ризик для здоров'я населення.

► У 21 ЦКПХ (88%) система епіднагляду включає інформацію з систем контролю якості харчових продуктів.

► 20 ЦКПХ (83%) повідомили, що ведуть моніторинг нозокоміальних інфекцій, проте деякі центри (Сумський, Черкаський, Вінницький та Київський обласний) здійснюють його лише частково – наприклад, у випадку спалахів.

Усі ЦКПХ повідомили, що їхні системи епіднагляду надають інформацію, необхідну для реагування, а 23 ЦКПХ (96%), за їхньою оцінкою (окрім Одеського ЦКПХ), систематично та регулярно передають дані епіднагляду зацікавленим суб'єктам системи громадського здоров'я.

Щодо взаємодії ЦКПХ із закладами охорони здоров'я (ЗОЗ) для отримання інформації про випадки інфекційних хвороб (COVID-19 та інші інфекційні хвороби), то загалом ЦКПХ відзначають, що отримують дані про COVID-19 та інші інфекційні захворювання як від приватних, так і комунальних ЗОЗ. Проте відповіді багатьох ЦКПХ свідчать, що вони не мають достатнього розуміння мережі ЗОЗ своєї області і некоректно вказують кількість закладів (наприклад, кількість ЗОЗ, вказана центрами, подекуди була більшою, ніж кількість закладів області, зареєстрованих в ЕСОЗ).

Лише 14 ЦКПХ (58%) повідомили, що не мають суттєвих труднощів в отриманні даних про інфекційні захворювання від приватних ЗОЗ. Інші центри зазначили, що стикаються з різними труднощами, такими як: несвоєчасність (затримка) термінових повідомлень, відсутність синхронізації інформаційних систем, отримання неповної інформації тощо.

Чотири способи передачі даних залишаються найбільш поширеними: через медичну інформаційну систему (наприклад, ЕЛІССЗ) (лише 71% ЦКПХ), файли Excel (92%), телефонний зв'язок (92%) та паперові форми.

Епіднагляд за неінфекційними захворюваннями

Епіднагляд за неінфекційними захворюваннями (НІЗ) є відносно новим напрямом діяльності ЦКПХ і перебуває на досить початковому рівні розвитку:

- ▶ Лише п'ять ЦКПХ (21%) – Волинський, Житомирський, Кіровоградський, Одеський та Полтавський – повідомили, що здійснюють епіднагляд за НІЗ та метаболічними факторами ризику.

- ▶ 11 ЦКПХ (46%) повідомили, що здійснюють моніторинг за поведінковими факторами ризику.

- ▶ 20 ЦКПХ (83%) стверджують, що проводять епіднагляд за факторами навколишнього середовища.

- ▶ 16 ЦКПХ (66%) збирають та аналізують дані про захворюваність і поширеність НІЗ.

Заклади охорони здоров'я практично не надають ЦКПХ даних про кількість виявлених випадків НІЗ (лише два ЦКПХ (8%), а саме Волинський та Одеський, вказали, що отримують такі дані від ЗОЗ). Це насамперед пов'язано з відсутністю законодавчо встановленого обов'язку ЗОЗ повідомляти такі дані ЦКПХ.

Також майже не розвинуто наразі спостереження за психічним здоров'ям (як складова епіднагляду за НІЗ). Зокрема, лише Одеський ЦКПХ (4%) повідомив, що отримує від ЗОЗ дані про кількість виявлених випадків психічних захворювань, ще два ЦКПХ (Запорізький та Кіровоградський) частково отримують дані від обласного центру медичної статистики та Департаменту охорони здоров'я (ДОЗ) обласної державної адміністрації, а ЦКПХ Київської області починає впроваджувати систему збору таких даних.

Це пов'язано з тим, що відповідні функції не було закріплено за ЦКПХ на законодавчому рівні і форму передачі таких даних не встановлено.

Прийняття рішень щодо подій у галузі громадського здоров'я на основі даних

Лише 16 ЦКПХ (66%) вважають, що накази МОЗ та/або стандартні операційні процедури (СОП) стосовно епіднагляду розроблено і вони впроваджуються на національному, обласному та місцевому рівнях, а система епіднагляду регулярно перевіряється, підлягає оцінці та оновлюється на всіх рівнях у країні. Два ЦКПХ (8%) повідомили, що такі накази чи СОПи взагалі відсутні. Ситуація стосовно наявності процесів або механізмів управління виявленими подіями майже аналогічна: 17 ЦКПХ (71%) вважають, що такі механізми наявні та регулярно оновлюються на всіх рівнях – від національного до місцевого.

Ситуація з національними політиками і практиками щодо ефективного використання інформації під час прийняття рішень та розподілу ресурсів у галузі громадського здоров'я залишається доволі складною:

► Лише шість ЦКПХ (26%) відповіли, що координаційні зусилля постійні та системні. ► Ще п'ять ЦКПХ (21%) вважають, що такі зусилля перебувають на початковому рівні. ► 11 ЦКПХ (45%) визначають такі зусилля як неінституціоналізовані та несистемні.

► Два ЦКПХ (8%) взагалі не знають про наявність національної політики щодо підтримки ЦКПХ в ефективному використанні інформації.

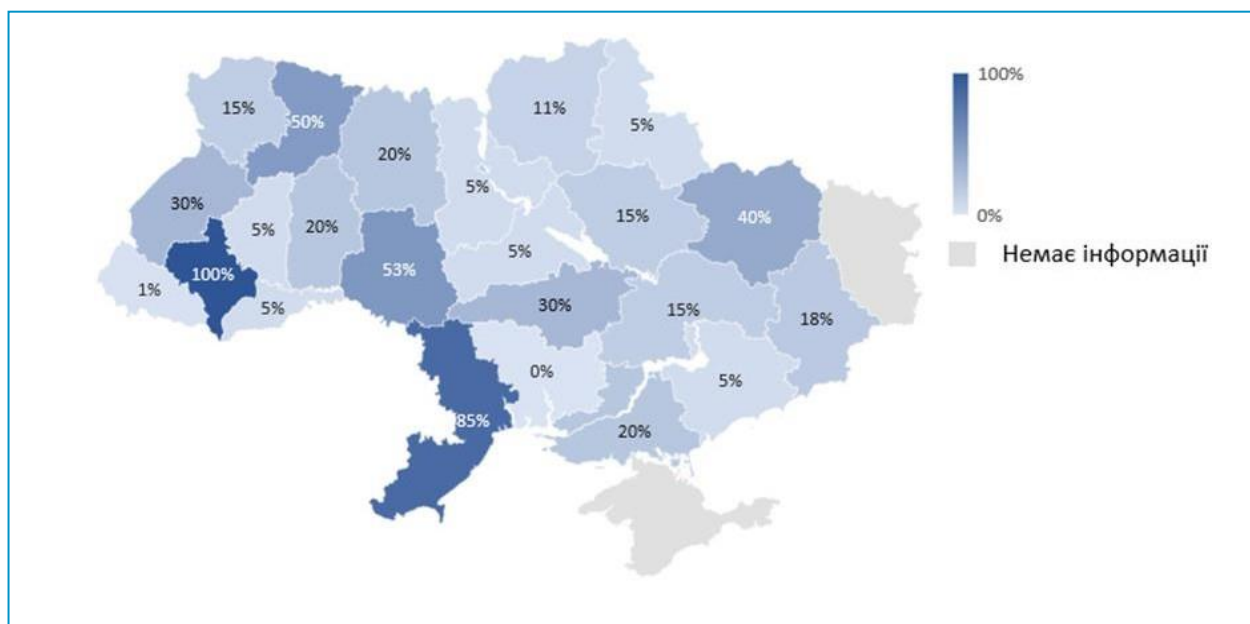
Можливості аналізу даних для моніторингу з відкритих джерел та реагування на НС. Частина «готовності».

За самооцінкою ЦКПХ, лише Івано-Франківський центр має 100% забезпечення комп'ютерною технікою, обладнанням та програмним забезпеченням (ПЗ) для збору та аналізу даних, усі робочі місця в ньому забезпечено ліцензіями та укомплектовано фахівцями, які не потребують додаткових навчань. Високу готовність зафіксовано також в Одеському, Житомирському та Тернопільському ЦКПХ.

ЦКПХ повідомили про забезпеченість комп'ютерною технікою в середньому на 70%, проте подекуди цей показник опускається до 30% (найнижчі показники зафіксовано в Черкаському, Львівському, Хмельницькому та Херсонському ЦКПХ), а у 12 центрах він перевищує 70% (Чернігівський, Дніпропетровський, Івано-Франківський, Кіровоградський, Одеський, Полтавський, Рівненський, Тернопільський, Волинський, Закарпатський, Запорізький та Житомирський ЦКПХ).

Слід зауважити, що наявність комп'ютерного обладнання не гарантує наявності ліцензійного програмного забезпечення для його використання. Тільки у двох ЦКПХ (Івано-Франківському та Одеському) наявне комп'ютерне обладнання має ліцензійне програмне забезпечення. Деякі ЦКПХ при доволі високому рівні забезпеченості комп'ютерною технікою мають низький рівень наявності ліцензій: Дніпропетровський ЦКПХ – забезпечення комп'ютерною технікою 95%, ліцензійним ПЗ – 1,1%, Закарпатський ЦКПХ (75%/1,3%), Миколаївський ЦКПХ (64%/0%), Запорізький ЦКПХ (90%/5,6%), Тернопільський ЦКПХ (85%/5,9%). Лише п'ять ЦКПХ (21%) – Київський міський, Тернопільський, Одеський, Івано-Франківський та Житомирський – вказали, що їх повністю оснащено необхідним ліцензійним програмним забезпеченням для збору, аналізу та звітування даних (Рис. 4).

Рисунок 4. Відсоток робочих місць у ЦКПХ, які мають ліцензійне програмне забезпечення



Складнощі або відсутність доступу до інтернету в разі довготривалого відключення електроенергії визнають 67% ЦКПХ.

Серед основних чинників, які негативно впливають на спроможність ЦКПХ аналізувати дані:

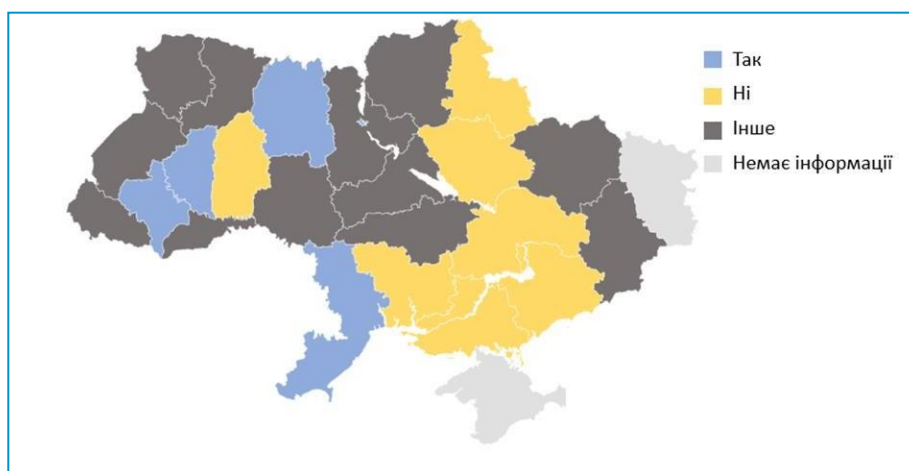
- b. нерозуміння фахівцями центрів, які саме дані необхідно збирати та які є інструменти для цього;
- c. недостатня кількість фахівців;
- d. недостатність комп'ютерної техніки та низький рівень покриття ліцензіями;
- e. обмеження в доступі до інтернету при тривалому відключенні електроенергії;
- f. необхідність додаткової підготовки кадрів.

Результати дослідження демонструють низький рівень розуміння можливого ПЗ для аналізу даних. Лише п'ять ЦКПХ вказали, що мають ПЗ для аналізу даних, і вказали такі програми: ЕЛІССЗ (чотири ЦКПХ), TerraLab (два ЦКПХ), ПЗ для збору інформації щодо COVID-19 (один ЦКПХ), МЕДОК (один ЦКПХ), бухгалтерське ПЗ (один ЦКПХ). 12 ЦКПХ визначили свою забезпеченість ПЗ як часткову, проте не вказали, яке саме ПЗ вони мають. І лише Сумський ЦКПХ відзначив, що потребує ПЗ для збору даних щодо інфекційних та неінфекційних захворювань (Рис. 5).

Окремі ЦКПХ зазначили потребу в такому ПЗ:

- ▶ Microsoft Office – чотири ЦКПХ (17%); ▶ Windows – чотири ЦКПХ (17%);
- ▶ ПЗ для реєстрації даних щодо інфекційних та неінфекційних захворювань – один ЦКПХ (4%);
- ▶ лабораторно-інформаційна система TerraLab – один ЦКПХ (4%).

Рисунок 5. Наявність у ЦКПХ ліцензованого обладнання та програмного забезпечення для збору даних, аналізу та звітності

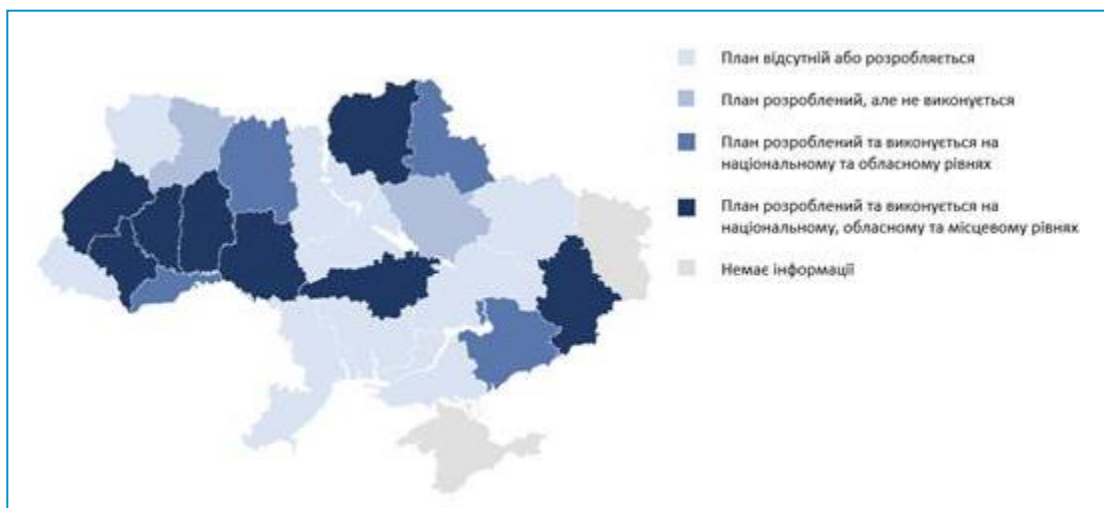


Інші події та екстрене реагування на НС

Опитування ЦКПХ також мало на меті з'ясувати можливості і запити центрів щодо заходів екстреного реагування, збору даних, моніторингу та реагування на ХБРЯ загрози в галузі громадського здоров'я.

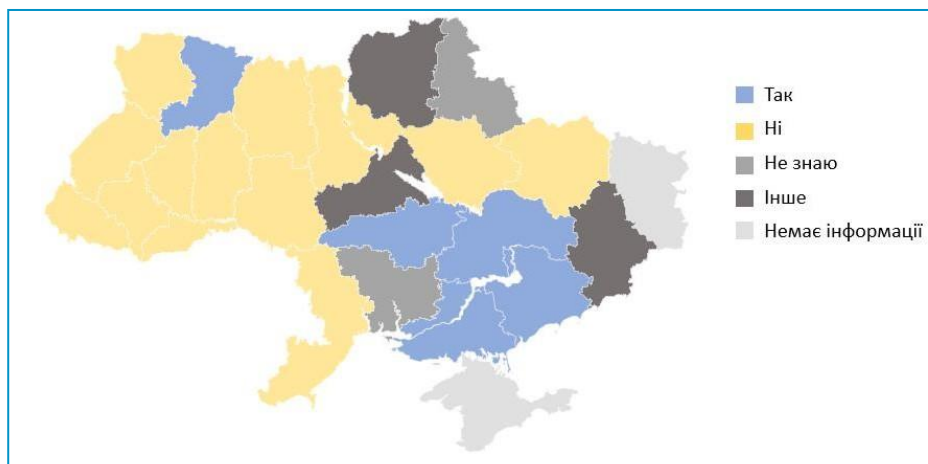
Плани реагування на надзвичайні ситуації та управління інцидентами 11 ЦКПХ (45%) зазначили, що план реагування на надзвичайні ситуації, що враховує ризики всіх небезпек, відсутній, розробляється або ж не застосовується попри його наявність (Рис. 6).

Рисунок 6. Наявність у ЦКПХ планів реагування на надзвичайні ситуації



П'ять ЦКПХ (21%) повідомили про наявність прогалин у здатності проводити оцінку ризиків, серед яких: відсутність СОП, алгоритмів, нормативних актів щодо реагування на національному рівні, відсутність матеріального забезпечення та фахової підготовки (Рис. 7).

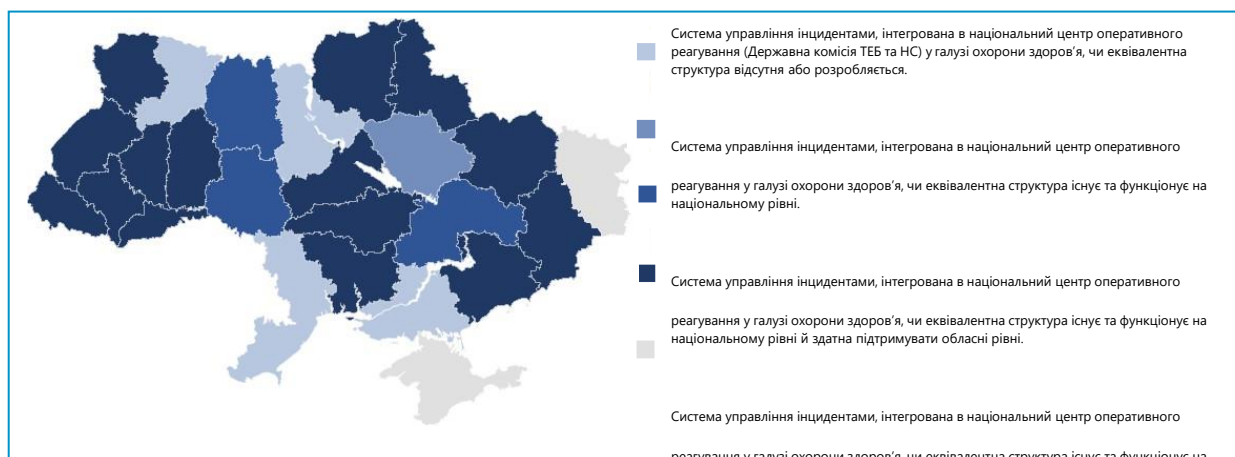
Рисунок 7. Здатність ЦКПХ проводити оцінку ризиків



► 17 ЦКПХ (70%) повідомили про наявність системи управління інцидентами, інтегрованої в оперативний центр реагування на надзвичайні ситуації в галузі громадського здоров'я, або еквівалентної структури, що діє на національному, обласному та/або місцевому рівнях (Рис. 8).

Рисунок 8. Наявність у ЦКПХ системи управління реагуванням на надзвичайні ситуації

Наявність та можливості груп швидкого реагування (ГШР)



ГШР наявні в усіх ЦКПХ, проте вони мають різні можливості для взаємодії з даними у різних областях. Зокрема, окремі ЦКПХ повідомили, що їхні групи не мають можливості збирати польові дані (17%), вивчати дані (25%), аналізувати та узагальнювати дані (13%).

Лише 15 ЦКПХ (46%) мають змогу комунікувати та координувати роботу з зовнішніми спеціалістами, координуватися з іншими ГШР, здійснювати відстеження та управління, пошук інформації та проводити навчання: Вінницький, Волинський, Дніпропетровський, Донецький, Київський обласний та Київський міський, Кіровоградський, Полтавський, Рівненський Сумський, Тернопільський, Хмельницький, Черкаський, Чернівецький та Чернігівський. Це підтверджує необхідність розроблення алгоритму комунікації та взаємодії на національному та обласному рівнях, щоб підвищити ефективність роботи ГШР.

Серед інших проблем у роботі ГШР зазначено такі:

- ▶ відсутність розуміння основних функцій ГШР та нормативно-правових підстав для їх функціонування;
- ▶ відсутність затверджених планів реагування та СОП;
- ▶ відсутність окремих практичних навичок реагування.

Майже всі ЦКПХ (92%) мають потребу в додатковому навчанні для ГШР.

Серед пріоритетних напрямів навчання:

- ▶ формування практичних навичок реагування на надзвичайні ситуації та покращення теоретичних знань щодо основних завдань і функцій ГШР;
- ▶ тренінги з протидії ХБРЯ загрозам;
- ▶ ознайомлення з сучасними методами виявлення радіоактивних та бойових отруйних речовин;
- ▶ опанування інструментів оцінки ризику та інше.

Можливості ЦКПХ виявляти різні інциденти та реагувати на них

- ▶ Лише 15 ЦКПХ (63%) повідомили, що мають можливості виявляти, контролювати хімічні інциденти та реагувати на них, ще вісім ЦКПХ (33%) надали відповідь «інше» та більшою мірою визначили свої можливості як часткові, і один ЦКПХ (4%) не має таких можливостей. 17 ЦКПХ (71%) зазначили, що мають відповідні СОПи та настанови по цьому напрямку.

► 20 ЦКПХ (83%) готові фіксувати, реєструвати біологічний терористичний інцидент та 19 ЦКПХ (79%) -реагувати на нього, при цьому в 17 ЦКПХ (71%) є в наявності відповідні настанови або СОП.

► Майже всі 22 ЦКПХ (92%) висловлюють готовність фіксувати, реєструвати радіологічні випадки та загрози та 23 ЦКПХ (96%)- реагувати на них, при цьому 18 ЦКПХ (75%) зазначили, що мають в наявності усі необхідні настанови або СОП..Лише 16 ЦКПХ (67%) висловили готовність фіксувати і реєструвати ядерну подію/випадок, проте готовність реагувати зазначили лише 15 ЦКПХ (63%). Відповідні настанови або СОП наявні у 13 ЦКПХ (54%).

► П'ять ЦКПХ (21%) повідомили про відсутність або лише часткову наявність стандартів для ЗОЗ щодо боротьби з ХБРЯ загрозами, включаючи ізоляцію, профілактику та контроль інфекцій, обробку хімічних, біологічних, радіологічних, ядерних подій на національному, обласному та лікарняному рівнях; 4 ЦКПХ (17%) були не обізнані по цьому питанню.

► У 17 ЦКПХ (71%) діють процедури медичної протидії ХБРЯ загрозам.

Отримана інформація вказує на необхідність розроблення уніфікованих СОП щодо реагування на ХБРЯ загрози, які визначатимуть взаємодію між різними ЦКПХ та іншими залученими сторонами, а також на необхідність підвищення спроможності ЦКПХ здійснювати відповідне реагування (проведення тренінгів, забезпечення обладнанням тощо).

Основні загрози та пріоритети в галузі громадського здоров'я в регіонах

Найчастіше з лютого 2022 року в регіонах виявляли такі надзвичайні події в галузі громадського здоров'я:

- захворювання харчового походження та захворювання, що передаються через воду та/або через погіршення якості води;
- хімічні та екологічні інциденти;
- ботулізм;
- COVID-19.

У 2021–2022 роках у регіонах найчастіше виявляли такі інфекційні захворювання (спостерігаються регіональні відмінності за певними захворюваннями):

2021 рік	2022 рік
COVID-19	COVID-19
ГРВІ	ГРВІ
Гострі кишкові захворювання	Гострі кишкові захворювання
Туберкульоз	Туберкульоз
Вірусні гепатити	Вірусні гепатити
	Хвороба Лайма (згадується частіше, ніж у 2021 р., проте для встановлення причинно-наслідкових зв'язків потребує додаткового ретроспективного вивчення)

У ході опитування центрам запропонували визначити найбільш нагальні проблеми в галузі громадського здоров'я. На думку ЦКПХ, чотири найбільш нагальні проблеми були такими:

- ▶ епіднагляд за інфекційними та неінфекційними захворюваннями; ▶ збільшення охоплення щепленнями;
- ▶ покращення якості питної води;
- ▶ кадрове забезпечення ЦКПХ.

3.2. Міжсекторальна взаємодія та координація із ключовими суб'єктами у галузі громадського здоров'я

За інформацією ЦКПХ, у випадку надзвичайних ситуацій більшість центрів контактують із: ЦГЗ (96% ЦКПХ);

ДОО та обласною комісією з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій (ТЕБ та НС) (92% ЦКПХ);

Державною службою України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів (Держпродспоживслужба) (80% ЦКПХ);

МОЗ (76% ЦКПХ);

Державною службою України з надзвичайних ситуацій (ДСНС) (72% ЦКПХ).

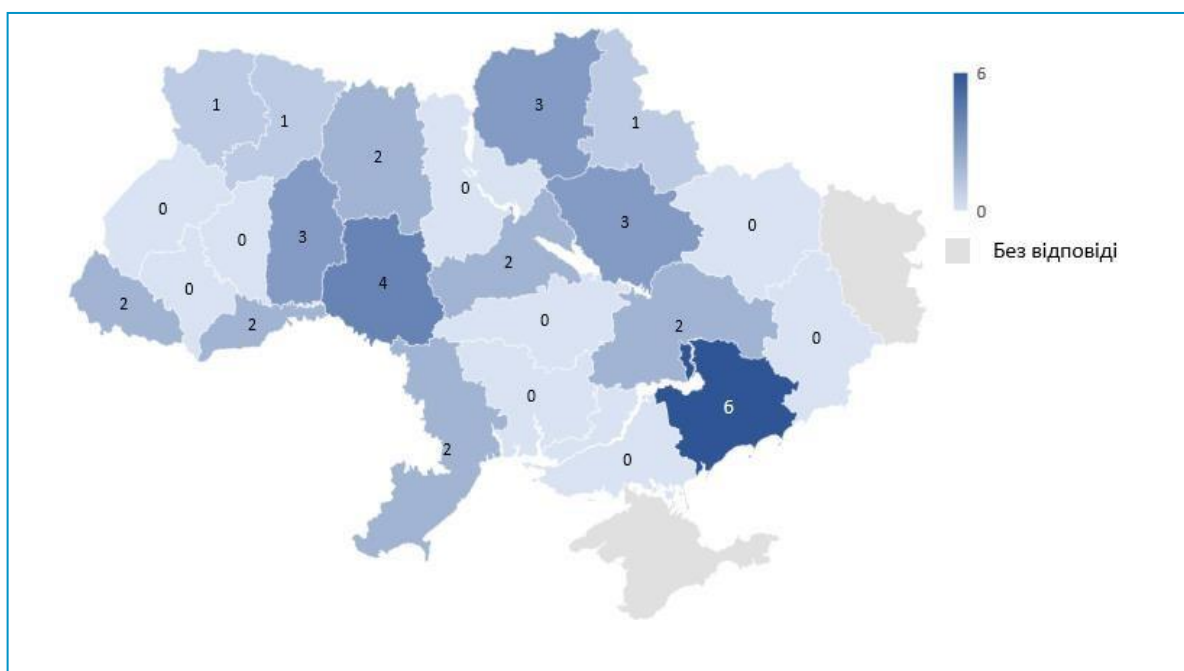
Усі ЦКПХ зазначили, що підтримують контакти з органами місцевого самоврядування та комунальними ЗОЗ. При цьому з приватними ЗОЗ

контактують не всі ЦКПХ: три центри повідомили про відсутність взаємодії (Кіровоградський, Львівський та Миколаївський).

Неналагоджена взаємодія з окремими органами, установами чи ЗОЗ у випадку загрози чи виникнення надзвичайних ситуацій може бути пов'язана з відсутністю затверджених на національному та/або обласному рівнях єдиних алгоритмів обміну інформацією та взаємодії. З огляду на це, ЦКПХ змушені покладатися на певну практику дій у цих питаннях, сформовану в регіоні.

Водночас, як свідчать отримані дані, взаємодія з іншими суб'єктами в галузі громадського здоров'я в режимі повсякденного функціонування є ще менш систематичною. Так, моніторингові візити МОЗ до ЦКПХ у 2022 році не були регулярними: наприклад, про візити МОЗ у 2022 році повідомили Запорізький ЦКПХ (шість візитів), Вінницький ЦКПХ (чотири візити), проте майже половина інших ЦКПХ не мали таких візитів (42%) (Рис. 9).

Рисунок 9. Кількість моніторингових візитів МОЗ до ЦКПХ у 2022 році



Усі ЦКПХ також зазначили, що переважна більшість зустрічей з національними та обласними суб'єктами відбувається лише в екстрених випадках і за потреби координації. Лише половина ЦКПХ проводять регулярні зустрічі з ДОЗ (50%) та органами місцевого самоврядування (46%) на щоденній чи щотижневій основі.

Дані щодо громадського здоров'я ЦКПХ найчастіше подають до МОЗ та ЦГЗ (88%). При цьому лише близько половини ЦКПХ подають дані органам місцевого самоврядування (58%) та ДОЗ (42%).

ЦКПХ зазначили, що пріоритетними потребами в частині міжсекторальної взаємодії та координації є:

- ▶ налагодження комунікації з суб'єктами національного (ЦГЗ), обласного (інші ЦКПХ) та місцевого рівня (ЗОЗ, екстрена медична допомога);
- ▶ покращення обміну даними між суб'єктами системи громадського здоров'я;
- ▶ унормування та уніфікація алгоритмів взаємодії та комунікації;
- ▶ встановлення єдиної електронної системи документообігу, а також інтеграція електронної системи з інформаційними системами, які використовуються в ЗОЗ;
- ▶ більш активне залучення ЦКПХ до координаційних процесів з питань громадського здоров'я на обласному рівні.

Координація діяльності з комунікацій

- ▶ Станом на 01.01.2023 менш ніж у половині ЦКПХ (42%) було розроблено механізми публічної комунікації, які реалізуються та координуються між різними рівнями зацікавлених сторін (національний, обласний, громади) та передбачають своєчасний обмін інформацією: зокрема, про такі механізми повідомили у Вінницькому, Волинському, Дніпропетровському, Донецькому, Івано-Франківському, Кіровоградському, Одеському, Полтавському, Тернопільському та Хмельницькому ЦКПХ.
- ▶ Інша половина ЦКПХ (46%) фактично зазначили, що розробляють і впроваджують такі механізми за потреби (Рис. 11).



Усі центри вважають, що їхня комунікація з громадськістю узгоджується з національними та обласними повідомленнями, а інформація, що надається населенню, є змістовною, актуальною та своєчасною. Водночас лише шість ЦКПХ (25%) повідомили, що здійснюють моніторинг громадської думки з метою оцінювання тенденцій у часовій динаміці.

Зміст комунікацій ЦКПХ

▶ Лише 15 ЦКПХ (63%) мають комунікаційні програми щодо соціальних і поведінкових змін (Вінницький, Волинський, Дніпропетровський, Донецький, Житомирський, Закарпатський, Запорізький, Івано-Франківський, Київський міський, Кіровоградський, Львівський, Миколаївський, Одеський, Тернопільський, Чернігівський) (Рис. 12).

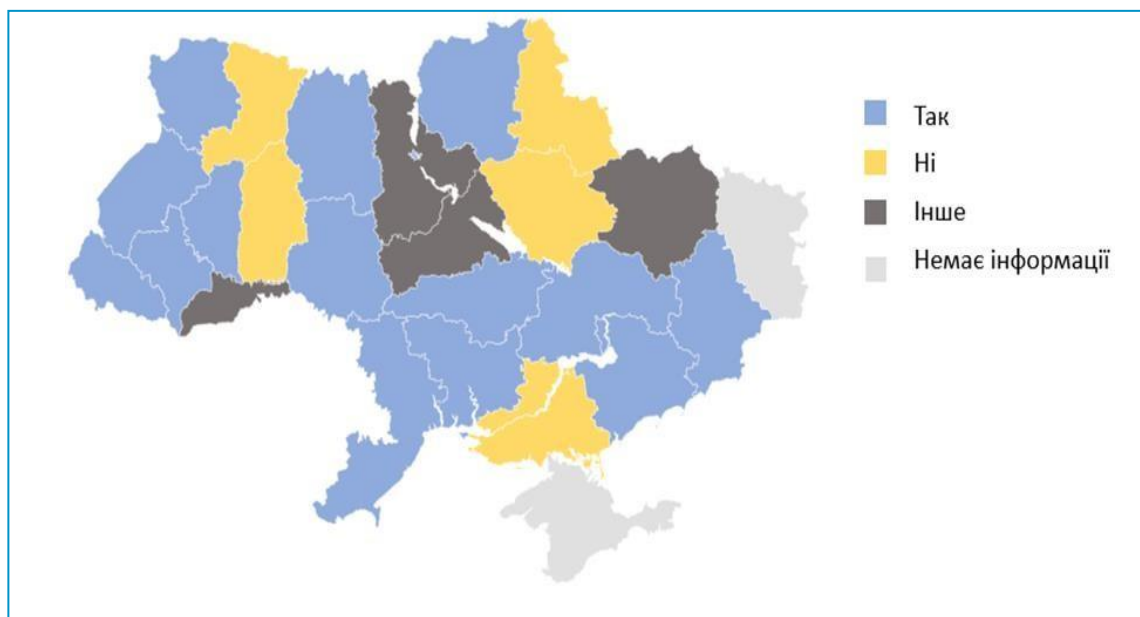
▶ Зовсім не впроваджуються такі програми в Полтавському, Рівненському, Сумському, Херсонському та Хмельницькому ЦКПХ. Інші ЦКПХ впроваджують програми частково або ж планують розпочати впровадження.

▶ Ситуація щодо комунікаційних стратегій із питань психічного здоров'я дуже різна в регіонах, і лише два ЦКПХ (Волинський та Чернігівський) повідомили, що їхні стратегії містять усі необхідні компоненти.

▶ Усі ЦКПХ, крім Київського міського та Сумського, повідомили, що розробляють власні матеріали з комунікації щодо ризиків та залучення громад / комунікації щодо промоції здорового способу життя.

► Лише п'ять ЦКПХ (21%) повідомили про наявність комунікаційних стратегій, спрямованих на те, щоб одночасно впливати більше на ніж два різні рівні проблеми (індивідуальний, сімейний, громадський, обласний та національний), – Волинський, Дніпропетровський, Миколаївський, Одеський та Чернігівський ЦКПХ.

Рисунок 12. Впровадження в ЦКПХ комунікаційних програм для соціальних і поведінкових змін



Можливості ЦКПХ щодо проведення комунікаційних кампаній

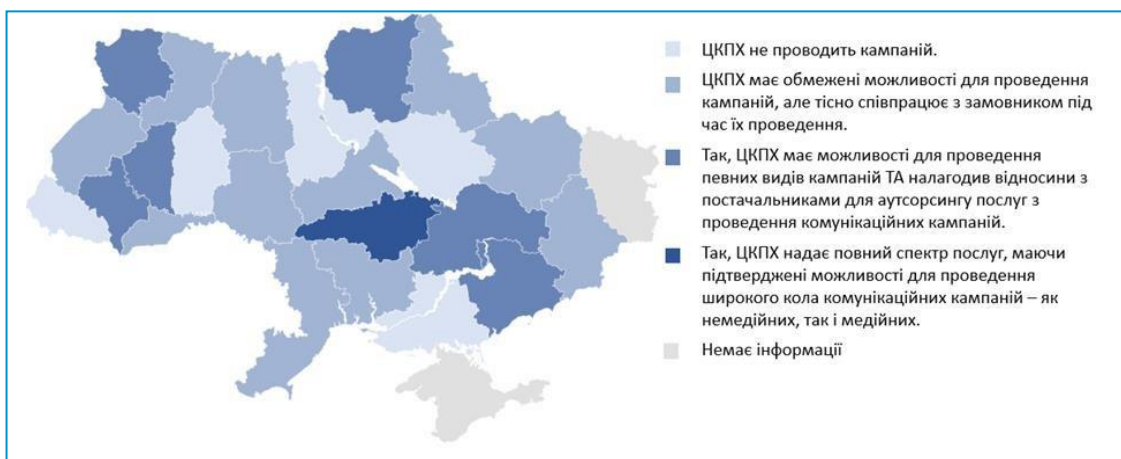
► Більшість ЦКПХ (54%) мають обмежені можливості для проведення комунікаційних кампаній, але тісно співпрацюють із замовником (Волинський, Дніпропетровський, Запорізький, Івано-Франківський, Київський міський, Львівський, Миколаївський, Одеський, Рівненський, Сумський, Харківський, Черкаський, Чернівецький) (Рис. 13).

► Ще шість ЦКПХ (25%) (Волинський, Дніпропетровський, Запорізький, Івано-Франківський, Тернопільський та Чернігівський) налагодили контакти із зовнішніми постачальниками та можуть залучати їх до проведення комунікаційних кампаній.

► П'ять ЦКПХ (21%) (Закарпатський, Київський обласний, Полтавський, Херсонський та Хмельницький) повідомили, що не проводять комунікаційних кампаній.

▶ Менше половини ЦКПХ (46%) мають певні можливості та обладнання для виготовлення деяких видів матеріалів для медіа, а решту потреб можуть замовляти у зовнішніх постачальників. Ще більш обмеженими є можливості ЦКПХ щодо виготовлення анімаційних матеріалів та контенту для соціальних мереж.

Рисунок 13. Можливості ЦКПХ щодо проведення комунікаційних кампаній



- ▶ Лише два ЦКПХ (Волинський та Тернопільський) мають готовий та адаптований план комунікації щодо ризиків надзвичайних ситуацій з урахуванням багатьох небезпек, а ще 14 ЦКПХ (58%) мають такий план у процесі розроблення.
- ▶ Більше ніж половина ЦКПХ (58%) не мають системи протидії чуткам та дезінформації.
- ▶ Вісім ЦКПХ (13%) на момент опитування розробляли таку систему.
- ▶ Половина ЦКПХ (50%) беруть участь у діяльності робочих груп із комунікації щодо ризиків та залучення громад.

3.3 Дослідження психологічних особливостей персоналу груп швидкого реагування (за даними соціологічного опитування) персоналу груп швидкого реагування

За проведеними опитуваннями щодо психічної підтримки, визначено що у більшості ЦКПХ відсутні будь-які повноваженіpersони (експерти) та програми щодо підтримки стану психічного здоров'я.

Опитування проводилось індивідуально серед представників груп швидкого реагування для надання можливості вільно висловитися, але після аналізу інформації, виявилось що здебільшого були відповіді негативні, «немає», «ні» щодо будь-яких програм психологічної підтримки або ментального здоров'я.

Поточний стан реалізації програм психічного здоров'я в ЦКПХ

Область	Стан впровадження програм психічного здоров'я
Вінницька	—
Волинська	—
Дніпропетровська	—
Донецька	—
Житомирська	—
Закарпатська	—
Запорізька	—
Івано-Франківська	—
Київська	—
Київ	—
Кіровоградська	Заплановано закінчення розробки плану із впровадження програм у сфері психічного здоров'я.
Луганська	—
Львівська	—
Миколаївська	Програма підтримки та відновлення психічного здоров'я мешканців області під час воєнного стану.
Одеська	—
Полтавська	—
Рівненська	—
Сумська	—
Тернопільська	—
Харківська	—
Херсонська	—
Хмельницька	—
Черкаська	—
Чернівецька	—
Чернігівська	—

Таблиця 77. Фахівці ЦКПХ, на яких покладено функції виконання заходів з питань психічного здоров'я

Область	Кількість персоналу, відповідального за питання психічного здоров'я	Загальна кількість персоналу	Відсоток від загальної кількості персоналу
Вінницька	0	579	0,0%
Волинська	0	339	0,0%
Дніпропетровська	0	1072	0,0%
Донецька	0	804	0,0%
Житомирська	0	420	0,0%
Закарпатська	0	444	0,0%
Запорізька	10	621	1,6%
Івано-Франківська	0	492	0,0%
Київська	2	546	0,4%
м. Київ	0	613	0,0%
Кіровоградська	10	226	4,4%
Луганська	0	0	0
Львівська	0	909	0,0%
Миколаївська	0	388	0,0%
Одеська	1	548	0,2%
Полтавська	0	274	0,0%
Рівненська	0	400	0,0%
Сумська	0	467	0,0%
Тернопільська	1	360	0,3%
Харківська	0	864	0,0%
Херсонська	1	351	0,3%
Хмельницька	0	458	0,0%
Черкаська	0	493	0,0%
Чернівецька	2	299	0,7%
Чернігівська	0	387	0,0%
Загалом	27	12 354	0,2%

З цього можна зробити висновок, що психологічний аспект у ЦКПХ не пропрацьований, а отже підтримка цього моменту відсутня загалом.

3.4 Аналіз менеджменту груп швидкого реагування на основі розгляду активації (реагування) групи на спалах хвороби

Розглянемо випадок виїзду групи швидкого реагування національного рівня, як фокусний. ГШР національного рівня виступає для системи реагування на надзвичайні ситуації як референтна група, що має певний багаж знань та

досвіду, що дозволить посилити спроможність субнаціонального рівня реагувати на надзвичайні ситуації, зокрема спалахи, у випадку необхідності додаткових сил для вирішення питань щодо контролю спалаху.

До ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі - Центр) 19.10.2023 року надійшла інформація від ДУ «Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» про зареєстровані протягом 16-19.10.2023 17 лабораторно підтверджених випадків гепатиту А (далі – ВГА) на території Вінницької міської територіальної громади.

На екстреному засіданні Оперативного центру з реагування на надзвичайні ситуації Центру, яке відбулось 20.10.2023 року, у зв'язку з різким зростанням захворюваності на ВГА на території Вінницької міської територіальної громади. Центром було прийнято рішення про активізацію Групи швидкого реагування на надзвичайні ситуації з метою проведення епідеміологічного розслідування щодо встановлення можливих причин, ймовірного шляху та факторів передачі збудника ВГА (Hepatitis A virus), та розробки заходів щодо обмеження подальшого поширення захворювання серед населення.

Впродовж 24 годин з моменту активації ГШР був сформований її склад, визначені ролі кожного члена групи, проведений ввідний інструктаж, розроблено план епідеміологічного розслідування. Оцінивши наявні ресурси та ситуацію, Центром було прийнято рішення про виїзд ГШР до ВОЦКПХ.

Фахівцями ГШР з метою збору даних було розроблено опитувальник для захворілих на ВГА , а також ознайомлено з формою збору даних, яка були створена працівниками ЦКПХ. Обидва опитувальника було переглянуто та сформовано єдиний перелік питань, які з'ясовувались при опитуванні пацієнтів, а відповіді вносились в електронну таблицю для подальшого аналізу. Окрім того, було розроблено рекомендації, опитувальник та таблицю в форматі Excel

для збору та узагальнення даних щодо контактних осіб з пацієнтами з діагностованим ВГА.

Опитування пацієнтів з ВГА, які госпіталізовані до ЗОЗ, проводить щодня лікар-епідеміолог/помічник епідеміолога ВОЦКПХ. Протягом 24-25 жовтня до опитування госпіталізованих пацієнтів в ЗОЗ долучались і фахівці ГШР національного рівня. Загалом ГШР було опитано 57 пацієнтів в КНП “Вінницька міська клінічна лікарня №1” та КНП “Клінічний центр інфекційних хвороб” з використанням переліку питань (опитувальника) для вивчення соціально-демографічної та клініко-епідеміологічної інформації захворілих.

ГШР ознайомила з інформаційними листами надісланими ВОЦКПХ, з яких було отримано дані про кількість зареєстрованих випадків ВГА, результати лабораторних досліджень захворілих, та проведені протиепідемічні заходи. Додатково отримано список захворілих з їх контактними номерами телефонів та результати дослідження питної води (централізованого та нецентралізованого водопостачання) та з поверхневих водойм.

Для вивчення ситуації щодо поширення ВГА ГШР було проаналізовано дані наступних обліково-звітних форм:

- форма № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення»;
- форма № 357/о «Карта епідеміологічного обстеження № ____ вогнища інфекційного захворювання»;
- форма звітності № 2 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання за 20____ рік « (річна).

Для проведення епідеміологічного дослідження ВГА у місті Вінниця, випадками були визначені особи, які протягом 50 днів до появи симптомів проживали на території Вінницької міської територіальної громади, в період з 10.08.2023 року до 28.10.2023 року (дата розрахована виходячи з початку захворювання у першого випадку та максимального інкубаційного періоду ВГА

- 50 днів), мали втому, біль в животі, втрату апетиту, періодичні нудота і блювання та принаймні один з таких трьох: підвищення температури, жовтяниця, підвищення активності сироваткових амінотрансфераз.

ГШР було проведено описово-оціночний епідеміологічний аналіз бази даних про захворілих та результати лабораторних досліджень з використанням програми Microsoft Excel.

Основними проблемами, з якими стикнулися представники національної ГШР – організація виїзду. ЦГЗ містить у своєму складі спеціалістів, які мають крім функціоналу участі в розслідуваннях, ще і рутинний функціонал свого відділу. Виїзд було заплановано на 20 жовтня, після проведення екстреного засідання ОЦРНС, проте персонал, що погодився приймати участь у активації (виїзді) не погодився виїздити 20-го жовтня у п'ятницю, аргументуючи тим, що у них є домашня робота і організувати виїзд треба аж у понеділок 23-го числа, тобто до роботи на місці спеціалісти могли доєднатися лише у вівторок 24-го числа. За ці чотири дні ЦКПХ сам не впорався зі спалахом і кількість хворих росла щоденно. Присутній кадровий голод у всіх областях України, у тому числі і у Вінниці, не дозволив достатньо розгорнути обласну (субнаціональну) групи реагування, внаслідок чого дорогоцінний час, який було відведено на зупинку, або як мінімум – сповільнення росту кількості захворілих, було втрачено.

Ситуація в області була критичною і до справи з такими глобальними показниками захворілих за мінімальний проміжок часу підключилася національна поліція, Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, водоканал тощо, включивши до участі у засіданнях та розгляді кримінального впровадження представників групи реагування національного та субнаціонального рівня.

Внаслідок відсутності графіків чергувань, відсутності психологічної допомоги та позитивного підкріплення після участі у цьому розслідування,

представники національного та субнаціонального рівня відмовились на невизначений час приймати участь у розслідуваннях.

Таким чином потенціал реагування ЦГЗ та ЦКПХ було знижено. Ця ситуація була доведена до Міністерства здоров'я України.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Зважаючи на проведені опитування представників відділів реагування та представників управління установи, можна зробити висновок, що система не є досконалою та потребує покращення.

Система реагування громадського здоров'я невинно розвиває свою оперативну та технічну спроможність, шляхом створення нормативно-правових та рамкових документів, що чітко окреслює взаємодію, але розуміння всього механізму реагування подекуди відсутнє у персоналу, що залучено або може бути залучено до реагування на ХБРЯ інциденти.

Також, виходячи з кейсу, можемо проаналізувати, що виїзд був через три дні після активації, деякий функціонал ГШР був змінений призвою «впливу» національного рівня на субнаціональний, внаслідок чого виникали конфліктні ситуації та коефіцієнт корисної дії був знижений.

Також слід зазначити, що спроможність відділів реагування та груп швидкого реагування може буде обмежений внаслідок низького рівня забезпеченості державних установ робочим офісним обладнанням, включно з портативним для забезпечення сталого реагування, а саме головне – підтримка зв'язку та комунікації для формування оптимального управління та підтримки менеджменту реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я.

Кадрове забезпечення, внаслідок відсутності систем мотивації, військовою агресією та перервою у виробництві вищими навчальними закладами висококваліфікованого, вузькопрофільного персоналу, страждає та присутній у більшості областей кадровий голод та велика вікова прірва у співробітників, що викликає конфлікт всередині колективу, змінюючи його внутрішній клімат, так і непорозуміння щодо «медичних шкіл» та підходів до роботи, а саме пострадянського підходу та нового сучасного підходу з використанням найкращих практик та міжнародного досвіду для поліпшення спроможності та нарощення потужностей, у тому числі комунікаційних

підходів на високому рівня з правильними ключами та міжвідомчій координації.

Психологічна підтримка – аспект, який менш за все хвилює управління установ, що має прямий вплив на настрій персоналу груп реагування. Після проведеного виїзду та негативного відгуку вищого керівництва не відбулась консультація та мотивація групи, що приймала участь у виїзді, деякі особи відмовились від подальших виїздів.

РОЗДІЛ 4

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ ГРУП ШВИДКОГО РЕАГУВАННЯ

4.1. Напрями розвитку та вдосконалення кадрового потенціалу реагування у сфері громадського здоров'я

Проаналізувавши кращій світовий та вітчизняний досвід у сфері реагування на надзвичайні ситуації, переглянувши актуальні нормативно-правові акти у сфері охорони здоров'я, включно з Законом України «про систему Громадського здоров'я», де Центр громадського здоров'я висвітлений як головна експертна установа у сфері громадського здоров'я, та вдосконалення кадрового потенціалу реагування у сфері громадського здоров'я є стратегічним завданням, спрямованим на забезпечення ефективності та гнучкості системи управління в надзвичайних обставинах. Сучасні виклики вимагають систематичного підходу та інноваційних заходів для формування висококваліфікованого та вмотивованого персоналу.

Варто зазначити необхідність впровадження у вищих навчальних закладах навчальних програм та їх інтеграція в процес навчання, відновлення громадського здоров'я, що наразі в процесі у законодавстві України. Такий підхід є ключовим для формування пулу нових спеціалістів. Важливо зробити програму з адаптацією до сучасного покоління, що працює постійно із використанням електронних цифрових гаджетів для найліпшого підходу до засвоєння інформації молодими спеціалістами.

Ще одним ключовим напрямком покращення менеджменту груп реагування, молодих поколінь є розробка та впровадження інноваційних методів навчання та тренувань, як важливий аспект тренування менеджменту на випадок кризових ситуацій. Застосування передових технологій, симуляційних навчань та практичних вправ допоможе підвищити готовність персоналу до дій в умовах надзвичайних ситуацій. Регулярні тренування та

перевірки компетентностей забезпечать високий рівень професійної майстерності.

Інтеграція соціальних гарантій та мотиваційних заходів в систему управління персоналом також визначається як важливий напрямок. Забезпечення справедливої оплати праці, удосконалення умов праці та надання додаткових соціальних пільг сприятиме привертанню та утриманню висококваліфікованих спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Крім того, активна участь у міжнародних ініціативах та обмін досвідом з іншими країнами стає важливим компонентом розвитку кадрового потенціалу. Взаємодія та адаптація найкращих світових практик сприятимуть підвищенню професійного рівня та впровадженню сучасних стандартів у роботу медичного персоналу.

Оглядаючи ці напрямки розвитку, важливо враховувати динаміку сучасного глобального середовища та постійно адаптувати стратегії для ефективного управління та підвищення готовності персоналу до дій у надзвичайних умовах.

Система навчання вищих навчальних закладів в сфері громадського здоров'я вимагає революційних змін для відповіді на виклики надзвичайних ситуацій. Перегляд навчальних програм та впровадження актуальних практичних навичок, спрямованих на реагування в екстремальних умовах, є невід'ємною частиною підготовки майбутніх фахівців у галузі громадського здоров'я. Розширення партнерських зв'язків з практикою та впровадження стажувань у медичних установах в умовах надзвичайних ситуацій забезпечать студентів необхідними знаннями та навичками для ефективної діяльності у майбутньому.

Створення системи мотивації для студентів та молодих фахівців є ключовим аспектом залучення та утримання кваліфікованого персоналу в галузі громадського здоров'я. Зокрема, важливим є впровадження грошових стимулів, які будуть відображати важливість та високу відповідальність роботи у сфері реагування на надзвичайні ситуації. Система премій та бонусів за активну

участь у тренуваннях, дослідженнях та реальних ситуаціях кризового характеру сприятиме підвищенню інтересу та залученню нового покоління фахівців у цю важливу сферу.

Крім того, створення освітніх програм та курсів, присвячених аспектам менеджменту та готовності до дій у надзвичайних обставинах, дозволить формувати спеціалістів, які вже під час навчання набувають практичний досвід та готові до швидкого та компетентного реагування на складні ситуації. Такий підхід сприятиме створенню кадрового резерву та підвищенню загальної готовності медичного персоналу до викликів, які можуть виникнути в умовах надзвичайних ситуацій у галузі громадського здоров'я.

4.2. Пропозиції розвитку та поліпшення психологічних аспектів реагування у сфері громадського здоров'я

У контексті сучасних викликів та загроз у сфері громадського здоров'я, вдосконалення психологічної підтримки в центрах контролю та профілактики хвороб та центрі громадського здоров'я є важливим кроком на шляху до покращення загального стану суспільного здоров'я. Розробка та впровадження спеціалізованих програм психологічної підтримки для медичного персоналу виявляється ключовим елементом, спрямованим на збереження морального стану та ефективності команди в умовах надзвичайних ситуацій.

Важливим кроком є також організація групових тренінгів та семінарів, спрямованих на розвиток емоційної стійкості та покращення комунікаційних навичок медичного персоналу. Це сприятиме не лише особистісному зростанню фахівців, але й підвищенню загальної ефективності роботи команди у найважливіших моментах.

Спрямованість на психологічне здоров'я населення також вимагає розширення доступу до психологічних консультацій через центри громадського здоров'я. Це не лише дозволить громадянам отримати підтримку в стресових ситуаціях, але й визначить центри як ключові пункти надання якісної допомоги та консультування.

Залучення професійних психологів, встановлення систем моніторингу психологічного здоров'я та створення системи стимулювання для фахівців у галузі психосоціальної підтримки - це кроки, спрямовані на створення здорового та високоефективного середовища для працівників системи громадського здоров'я. Всі ці заходи формують комплексну систему, спрямовану на покращення психологічного клімату та ефективності діяльності у сфері громадського здоров'я.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 4

У контексті сучасних викликів та потреб у сфері громадського здоров'я, важливість розвитку кадрового потенціалу та психологічної стійкості стає очевидною. Аналіз системи реагування та готовності до надзвичайних ситуацій в галузі громадського здоров'я підкреслив необхідність комплексних заходів для підтримки медичного персоналу та населення в цілому.

Рекомендації щодо вдосконалення кадрового потенціалу включають в себе не лише акцент на підвищенні кваліфікації та навичок, але й створення системи мотивації та соціальних гарантій для фахівців у галузі громадського здоров'я. Впровадження інноваційних методів навчання та стажування, а також створення простору для самовдосконалення, сприятиме підтримці висококваліфікованих кадрів та залученню нового покоління медичних фахівців.

Спільно з цим, підвищення психологічної стійкості стає важливим елементом стратегії реагування на надзвичайні ситуації. Створення програм психологічної підтримки, групові тренінги та розвиток ефективної системи консультування не лише для медичного персоналу, але й для населення, допоможе зміцнити психічне здоров'я громади в цілому.

Загальна мета – створення здорового та стійкого суспільства, здатного ефективно реагувати на будь-які виклики. Комплексна стратегія, що враховує і

покращення кадрового потенціалу, і підтримку психічного здоров'я, є ключем до досягнення цієї мети в умовах невизначеності та надзвичайних обставин.

ВИСНОВКИ

В роботі досліджено практичні підходи до реагування та забезпечення в сфері громадського здоров'я ресурсами, у тому числі людськими та технічними, проаналізовано міжнародний та національний досвід реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, переглянуті основні та рамкові чинні документи щодо реагування на надзвичайні ситуації у громадському здоров'ї. Досліджено роль Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України та обласних Центрів контролю та профілактики хвороб у системі реагування на надзвичайні ситуації. В роботі також було досліджено якісний та кількісний склад груп швидкого реагування у сфері громадського здоров'я, також було розглянуто показники забезпечення психологічною підтримкою в установі. Виходячи все вищеперераховане, маємо сформований висновок щодо стану менеджменту та шляхів його покращення для нарощення спроможності у реагуванні.

У тривалому обговоренні виокремлено ключові аспекти в сфері громадського здоров'я, а саме реагування на надзвичайні ситуації та вдосконалення системи управління. Аналізуючи проблеми та можливі шляхи вирішення, було визначено, що ефективне реагування вимагає не лише технічних інновацій, але й розвитку кадрового потенціалу та психологічної стійкості учасників системи.

У сфері кадрового забезпечення запропоновано заходи щодо підвищення кваліфікації, систем мотивації та соціальних гарантій для медичного персоналу. Окреслено важливість вдосконалення системи навчання, щоб вона відповідала викликам сучасності та сприяла створенню високопрофесійних фахівців.

Необхідне нарощення спроможностей у системі реагування в сфері громадського здоров'я визначає невідкладну потребу у початковій підготовці молодих фахівців. Розпочати цей процес можна вже на етапі їхньої освіти,

вбудовуючи актуальні питання готовності та реагування на надзвичайні ситуації у навчальні програми.

Перш за все, важливо створити стимули для зацікавлення студентів у роботі в системі громадського здоров'я та надзвичайних ситуацій. Це може бути здійснено через організацію спеціалізованих курсів, тренінгів та стажувань, які дозволять молодим спеціалістам зазирнути в робочий процес та побачити виклики, які стоять перед ними.

Додатково, важливо вдосконалити систему мотивації для молодих фахівців. Гнучкі програми стажування, можливості для саморозвитку та перспективи кар'єрного росту можуть стати ключовими факторами, що стимулюють зацікавленість та залучення нового покоління до цієї важливої галузі.

Загальний підхід полягає в створенні сучасної, стимулюючої та освітньої середовищі, яка сприятиме формуванню висококваліфікованих фахівців, готових ефективно реагувати на надзвичайні ситуації та сприяти підвищенню готовності системи громадського здоров'я до викликів майбутнього.

Додатково, наголошено на психосоціальній підтримці та її важливості, зокрема в умовах надзвичайних ситуацій та конфліктів. Програми психологічної допомоги та тренінги розглядаються як необхідний елемент для зміцнення психічного здоров'я як медичного персоналу, так і населення.

Узагальнюючи, висунуті рекомендації та підходи створюють концепцію вдосконалення системи реагування в сфері громадського здоров'я, яка базується на інтеграції технічних, кадрових та психосоціальних аспектів. Це дозволить покращити готовність та ефективність системи в умовах непередбачуваних викликів та надзвичайних обставин.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. WHO. (n.d.). Рамочная программа организации центра по проведению операций при ...
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258805/9789244565131-rus.pdf>
2. *Про систему громадського здоров'я*. Офіційний вебпортал парламенту України. (n.d.). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>
3. *Кодекс цивільного захисту України*, Офіційний вебпортал парламенту України. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5403-17#Text> (Accessed: 08 December 2023). Creator (no date b) *Про затвердження Положення про функціональну підсистему забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення єдиної державної системи цивільного захисту та Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України*, Офіційний вебпортал парламенту України. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1601-22#Text> (Accessed: 08 December 2023).
4. Міністерство внутрішніх справ (2018) *Наказ № 658 від 06.08.2018 про затвердження Класифікаційних ознак, На голову*. Available at: https://zakononline.com.ua/documents/show/372023___372088 (Accessed: 08 December 2023).
5. Міністерство охорони здоров'я (2002) *Наказ № 190 від 23.05.2002 Про надання позачергових повідомлень, На голову*. Available at: https://zakononline.com.ua/documents/show/99253___99253 (Accessed: 08 December 2023).
6. Міністерство охорони здоров'я (2020) *Наказ № 1726 від 30.07.2020 Перелік інфекційних хвороб, що підлягають, На голову*. Available at: https://zakononline.com.ua/documents/show/492318___666439 (Accessed: 08 December 2023).
7. *Joint External Evaluations* (no date) World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/emergencies/operations/international-health-regulations-monitoring-evaluation-framework/joint-external-evaluations> (Accessed: 08 December 2023).
8. О.В. Баєва, Л.О. Згала-Лозинська, Н.І. Фетісова (no date) StudFiles. Available at: <https://studfile.net/preview/4532511/> (Accessed: 08 December 2023).
9. *УКАЗ ПРЕЗИДЕНТА УКРАЇНИ №369/2021*, Офіційне інтернет-представництво Президента України. Available at: <https://www.president.gov.ua/documents/3692021-39713> (Accessed: 08 December 2023).
10. *Про утворення державної установи 'центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України'*, Офіційний вебпортал парламенту України. Available at:

<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0604282-15#Text> (Accessed: 08 December 2023).

11. *Development of an extended framework for emergency response criteria: Interim report for comments jointly sponsored by IAEA and who* (2005). Vienna: International Atomic Energy Agency.
12. Елізабет Мерманн (2015) *Мотивація персоналу. Інструменти мотивації для успіха організації*.
13. Bradley, V. M., Stcltenkamp, C. L., & Mite, K. B. Evaluation of reported medication errors before and after implementation of computerized practitioner order entry. *Journal Hcalthc Inf Manag*, 20(4): 46-53, 2016.
14. Центр громадського здоров'я МОЗ Електроний ресурс Режим доступу <https://www.phc.org.ua/>
15. Янчак Я. О. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграційних процесі в у охороні здоров'я // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія: Юридичні науки. 2017. С.227–235.