

УНІВЕРСИТЕТ «КРОК»
Навчально-науковий інститут медицини
Кафедра прикладної медицини

Волкожа Тетяна Сергіївна

УДК 37.018.43

Дипломна робота

На тему: «РЕГІОНАЛЬНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ (на прикладі ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ)»

Спеціальність 229 Громадське здоров'я

Освітня програма: Громадське здоров'я

Подається на здобуття освітнього ступеня “магістр”

Дипломна магістерська робота містить результати власних доробок.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання
на відповідне джерело.

_____ Т.С. Волкожа

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник
Солоненко Іван Миколайович,
доктор медичних наук, професор.

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

Бібліографічний опис та анотація магістерської роботи

Волкожа Т. С. Регіональні пріоритети розвитку системи громадського здоров'я в умовах сучасних викликів (на прикладі Одеської області): Магістерська робота: (229 «Громадське здоров'я») / Університет «КРОК». Навчально-науковий інститут медицини Кафедра прикладної медицини; наук. кер.: І.М. Солоненко, доктор медичних наук, професор; 2021. – 143 с.

Зміст роботи: у магістерській роботі розкрито теоретико-методологічні засади державного регулювання розвитку громадського здоров'я в Україні та Одеській області зокрема. Сучасні підходи та пропозиції до формування громадського здоров'я на регіональному рівні. Законодавче та нормативне забезпечення діяльності громадського здоров'я; здійснено аналіз медико-демографічної ситуації в Україні та в Одеській області, як відображення державної політики щодо збереження здоров'я населення; запропоновано науковообґрунтовані напрями удосконалення державного регулювання розвитку системи громадського здоров'я в Одеській області.

Ключові слова: державне регулювання, сфера охорони здоров'я, громадське здоров'я, медико-демографічна ситуація, збереження здоров'я населення, регіональний розвиток, адміністративна реформа, децентралізація, місцеве самоврядування, зарубіжний досвід.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО–МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	9
1.1. Генезис і розвиток понятійного апарату громадського здоров'я	9
1.2. Теоретичні засади державного регулювання системою громадського здоров'я	14
<u>1.3. Нормативно-правове забезпечення діяльності системи громадського здоров'я в Україні.....</u>	<u>25</u>
Висновки до розділу 1	29
РОЗДІЛ 2 СУЧАСНИЙ СТАН ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	31
2.1. Вплив екологічної ситуації в Одеській області на здоров'я населення..	31
2.2. Демографічна ситуація та стан здоров'я населення Одеської області....	40
<u>2.3. Аналіз поширення небезпечних та особливо небезпечних інфекцій в Одеській області.....</u>	<u>52</u>
Висновки до розділу 2.....	74
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ <u>РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я</u> <u>В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ</u>	<u>76</u>
<u>3.1. Аналіз діяльності Одеської області центру контролю та профілактики хвороб.....</u>	<u>76</u>
<u>3.2. Напрями удосконалення державного регулювання розвитку системи громадського здоров'я в Одеській області.....</u>	<u>120</u>
Висновки до розділу 3.....	128
ВИСНОВКИ.....	129
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	135

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АТП	– Адміністративно-територіальні перетворення
ВІЛ	– Вірус імунодефіциту людини
ВНП	– валовий національний продукт
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ВРУ	– Верховна рада України
ВРХ	– Велика рогата худоба
ГДК	– Гранично допустима концентрація
ГКІ	– Гострі кишкові інфекції
ДЗ	– Державний заклад
ДП	– Державне підприємство
ДРХ	– Дрібна рогата худоба
ДУ	– Державна установа
ЕР	– Екологічний ризик
ЄС	– Європейський Союз
ЄЕК	– Європейська економічна комісія
КВЕВ	– Економічна класифікація видатків бюджету
КМУ	– Кабінет Міністрів України
КП	– Комунальне підприємство
ЛПЗ	– Лікувально-профілактичні заклади
МКХ	– Міжнародна класифікація хвороб
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
ПМСД	– Первинна медико-санітарна допомога
СГЗ	– Система громадського здоров'я
СЕС	– Санітарно-епідеміологічна служба
СНІД	– Синдром набутого імунодефіциту
СОЗ	– Сфера охорони здоров'я
ТОВ	– Товариство з обмеженою відповідальністю
ФАП	– Фельдшерсько-акушерський пункт

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Характерною рисою сучасного українського суспільства є те, що воно як складна соціальна система перебуває в перманентному стані докорінного реформування. Сфера охорони здоров'я, як одна з найбільш соціально чутливих сфер, також реформується: йде пошук ефективних механізмів фінансування, управління та організації вітчизняної медицини. Традиційно в Україні охорона здоров'я орієнтувалась на лікування захворювань, а не на їх попередження. Більшість ресурсів спрямовувались на лікування хвороб, і лише невелика їх частина передбачала збереження здоров'я. Наразі зміни, що відбуваються в суспільстві, впливають і на вектор розвитку сфери охорони здоров'я, зокрема:

– підписавши Угоду про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і державами-членами, з іншої (Глава 22. Громадське здоров'я) [72], Україна взяла зобов'язання розвивати співробітництво в галузі охорони здоров'я з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання, у тому числі керуючись підходом «охорона здоров'я у всіх політиках держави»;

– реформування сфери охорони здоров'я йде паралельно з адміністративно-територіальною реформою в Україні та процесами децентралізації управління. Отже роль і місце регіонального управління на сьогодні набуває все більшого значення.

Таким чином, одним з основних завдань реформи сфери охорони здоров'я на сучасному етапі є переорієнтація від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я і попередження захворювань як на державному рівні, так і на рівні окремих регіонів. Тобто створити таку систему охорони здоров'я, у якій кожен керівник центрального та місцевого органу виконавчої влади буде враховувати наслідки своїх рішень для здоров'я населення і надавати пріоритет заходам, які допоможуть людям уникнути хвороб і травм. Розбудова такої системи громадського здоров'я в Україні є однією з вимог Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом [24].

Отже реформування охорони здоров'я передбачає підвищення ролі міжгалузевого підходу та інтеграцію сил і можливостей різних суб'єктів охорони здоров'я на територіальному рівні, зміщення ряду управлінських функцій на більш нижчі ієрархічні рівні, підвищення значущості місцевих органів влади в

процесі планування і реалізації стратегії і тактики забезпечення необхідних умов для збереження і зміцнення здоров'я населення. Актуальність проблеми значно зростає на регіональному рівні на основі економічної доцільності і раціонального використання ресурсів системи із врахуванням особливостей регіону. Тому сьогодні вкрай актуальним є дослідження питань розвитку громадського здоров'я в Україні саме в регіональному аспекті. Оскільки Одеська область є пілотним регіоном з розвитку «системи громадського здоров'я», ми обрали саме її для нашого дослідження.

Стан і ступінь розробки проблеми в спеціальній літературі. Окремі важливі напрями державного регулювання охорони здоров'я розкриті в наукових працях Т.П. Авраменко [1], М.М. Білинської [16], Т.С. Грузєва [10], О.П. Гульчій [12], Л.І. Жаліло [16], В.М. Князевича [24], Я.Ф. Радиша [16], Н. О. Рингач [54], В.М. Рудого [56], І.М. Солоненка [61] та інших науковців.

Методології побудови системи державного управління, у тому числі у сфері розвитку регіональних та субрегіональних соціально-економічних систем різних рівнів, присвятили свої фундаментальні праці В.Б. Авер'янов, Атаманчук, В.М. Бабаєв, В.Д. Бакуменко, С.О. Біла, М.М. Білинська [16], Т.О. Безверхнюк, В.В. Дорофієнко, А.О. Дегтяр, І.Б. Коліушко, В.С. Куйбіда, О.Я. Лазор, В.В. Мамонова, Ю.П. Сурмін, В.В. Тертичка, та інші науковці.

Проблеми здоров'я населення і неефективність діяльності медичної сфери в полі уваги не лише вітчизняних вчених. Зокрема, базові концептуальні положення розвитку, діяльності та управління сфери охорони здоров'я розкриті в наукових працях таких зарубіжних вчених, як С. Макфарлен (S. Macfarlane, 2008) [86], В. Салома (V. Salomaa, 2013) [90], С. Томсон (S. Tomson, 2010) [71], Л. Георгієва (L. Georgieva, 2007) [82], Р. Салхев (P. Salchev, 2007) [82], Т. Браун (T. Brown) [76] та інш.

Разом з тим, незважаючи на досить ґрунтовне дослідження цієї проблеми, питання державного регулювання розвитку системи громадського здоров'я на регіональному рівні залишаються актуальними, адже на сьогодні практичних, результативних кроків щодо підвищення його ефективності вкрай мало.

Таким чином, ступінь розробленості даної теми, а також відсутність єдиної скоординованої стратегії державного регулювання розвитку системи громадського здоров'я як на державному, так і регіональному та місцевому рівнях, зумовили вибір теми магістерської роботи, визначили її мету та завдання.

Мета дослідження – є наукове обґрунтування теоретичних засад та вироблення практичних рекомендацій щодо удосконалення державного

регулювання розвитку системи громадського здоров'я в Одеській області.

Поставлена мета визначає *основні завдання дослідження*, а саме:

- дослідити понятійний апарат громадського здоров'я;
- розкрити теоретичні засади державного регулювання системою громадського здоров'я;
- провести аналіз нормативно-правового забезпечення діяльності системи громадського здоров'я в Україні;
- дослідити сучасний стан громадського здоров'я в Одеській області;
- запропонувати науковообґрунтовані напрями удосконалення державного регулювання розвитку системи громадського здоров'я в Одеській області.

Об'єкт дослідження – державне регулювання розвитку громадського здоров'я в Україні.

Предмет дослідження – державне регулювання розвитку системи громадського здоров'я в Одеській області.

Методи дослідження. Методологічну основу дослідження складають сучасна законодавча база що регламентує розвиток системи охорони здоров'я в Україні, особисті результати вивчення питань державної політики в сфері охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальної реформи в Україні та в інших країнах світу.

У процесі дослідження були об'єднані кількісний і якісний підходи до оцінки політики збереження здоров'я населення. В аналізі кількісної інформації переважав метод поперечного аналізу: розглядалися результати державної політики в різних секторах – в галузі соціального захисту, економічного розвитку регіону і т.д. Системний та історичний аналіз використовувався мною при визначенні медико-демографічних проблем і тенденцій розвитку державної політики з охорони здоров'я; метод порівняльного аналізу при співставленні державної політики з охорони здоров'я населення в Україні з міжнародними тенденціями.

За допомогою економіко-статистичного методу, зокрема методичних прийомів порівняння, досліджувався вплив екологічних та економічних чинників регіону на громадське здоров'я регіону.

Емпіричну базу дослідження складають результати вторинного аналізу українських і зарубіжних соціологічних досліджень, звітів органів державної виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, статистичні матеріали широкого спектру джерел інформації (дані Державної служби статистики,

відомча статистика Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики, регіональної статистики та ін.) і статистичних методів її обробки.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у комплексному дослідженні стану громадського здоров'я в Одеській області, а також в науковому обґрунтуванні рекомендацій щодо напрямів удосконалення державного регулювання розвитку системи громадського здоров'я в Одеській області.

Теоретичне та практичне значення отриманих результатів. Теоретичне значення магістерського дослідження полягає у системному підході до вдосконалення процесу державного регулювання системи громадського здоров'я в умовах системних змін в сфері охорони здоров'я в Україні. Отримані результати можуть бути використані у науково-дослідній сфері.

Практичне значення одержаних результатів та висновків магістерської роботи визначені тим, що основні теоретичні положення доведені до рівня конкретних пропозицій, які сприяють удосконаленню державного регулювання розвитку системи громадського здоров'я в Одеській області, можуть бути використані:

- у практичній діяльності органів державної влади й органів місцевого самоврядування в процесі розробки державної та регіональних програм реформування системи охорони здоров'я в цілому і системи громадського здоров'я зокрема, як у фізичному, так і у економічному аспектах;

- у процесі підготовки підручників, навчальних і методичних посібників;

- у розробці навчальних планів і лекційних матеріалів, програм професійного навчання державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування з питань державної політики у сфері охорони здоров'я та розвитку системи громадського здоров'я в Україні.

Структура й обсяг магістерського дослідження. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновку й списку використаних джерел (92 найменування). Загальний обсяг – 143 сторінки, з них -108с. основного тексту. Робота містить 19 рисунків, 19 таблиць.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО–МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

В українській науці, зокрема в науці державного управління, проблемам державного регулювання охорони здоров'я населення приділялася певна увага, однак питання державного регулювання системи громадського здоров'я розкриті вкрай недостатньо. Лише останніми роками даній проблематиці почали надавати належної уваги, оскільки питання розвитку громадського здоров'я в Україні набуло нового значення у світлі імплементації Угоди про асоціацію з ЄС. Зокрема, першочерговим заходам у сфері громадського здоров'я присвячена 22 глава Угоди, а статтею 427 її передбачено створення Національного центру громадського здоров'я, що виконуватиме функції спостереження за рівнем захворюваності та попередження ризиків їх виникнення, створення регіональних центрів контролю та профілактики хвороб [24; 72].

Розглянемо базові теоретичні питання нашого дослідження, а саме: громадське здоров'я та державне регулювання системою громадського здоров'я.

1.1. Генезис і розвиток понятійного апарату громадського здоров'я

В усі часи здоров'я людини розглядалося як одна з найважливіших життєвих цінностей, як найбільше особисте благо. «*Valetudo bonum est*» (із лат. – здоров'я – найбільше багатство) – говорили ще древні римляни [7; 9; 24]. В сучасному ж світі, сповненому численних природних та антропогенних загроз і катаклізмів, здоров'я людини набуває ще більшої значимості й актуальності. За даними найбільш авторитетних досліджень, здоров'я населення тільки на 10% залежить від рівня медичного обслуговування і на 90% від чинників, що не залежать від медицини, а від якості життя людини. Це, передусім, рівень забрудненості довкілля, якість питної води, збалансованість харчування, охорона праці, рівень залучення населення до занять фізичною культурою і спортом, розповсюдженість серед населення шкідливих звичок, здійснення державних заходів по попередженню виникнення епідемій тощо [5].

Поняття «здоров'я людини» – багатогранне, тому існує велика кількість його визначень, оскільки фахівці різних спеціальностей по-різному його

розуміють і використовують різні підходи для пояснення і розкриття суті цього явища. Навіть медична наука, яка, як здавалось би, стоїть найближче до дослідження питань здоров'я людини, до цих пір не виробила універсального наукового поняття цього терміну. Сучасна фармакологізована медицина упродовж усього ХХ століття залишалася недосконалою, бо базувалася на частково вивчених і неповних знаннях з антропології, морфології, генетики, фізіології та біохімії людини. У сучасній науковій медицині і досі відсутня фундаментальна теорія здоров'я [5].

У термінологічному словнику-довіднику менеджера охорони здоров'я дається таке визначення терміну «охорона здоров'я» – система суспільних і державних заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвиток фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимально біологічно можливій індивідуальній тривалості життя [5].

Отже, «здоров'я людини» – доволі багатоманітне, системне явище. Одним із найважливіших досягнень науки у ХІХ–ХХ ст.ст. стало вироблення уявлення про громадське (суспільне) здоров'я як сукупність здоров'я всіх членів суспільства. Здоров'я є одним з найважливіших показників рівня соціально-економічного та екологічного благополуччя суспільства, його демографічного, духовно-культурного, політичного, наукового, морального, біологічного та етичного потенціалу.

Тепер звернемося до поняття «громадське здоров'я» («Public Health»). Слід зазначити, що у той час як історія вчення про індивідуальне здоров'я людини нараховує декілька тисяч років, беручи свій початок від медицини Давнього Китаю та Давнього Єгипту, Давньої Греції і Давнього Риму, концепція громадського здоров'я існує приблизно два століття. Сучасне його визначення ґрунтується на дефініції Д. Ачесона (Acheson, 1988) та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), згідно з якою громадське здоров'я – це «наука і мистецтво профілактики захворювань, продовження тривалості життя та зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства» [5; 9; 24]. На нашу думку, громадське здоров'я як мистецтво виявляється у практичній діяльності, зокрема в діяльності з надання допомоги та послуг у сфері громадського здоров'я [5; 9; 24].

ВООЗ відзначає, що громадське здоров'я фокусується на всьому населенні, а не на окремих пацієнтах і передбачає зацікавленість в усій системі, а не тільки у викоріненні певного захворювання [9]. Отже, у фокусі уваги громадського

здоров'я перебуває не індивідуальне здоров'я (здоров'я особи, яким опікується медицина), а здоров'я населення.

Слід відзначити, що поняття «громадське здоров'я» не є тотожним за змістом поняттю «здоров'я населення». Згідно із сучасним розумінням цих понять «здоров'я населення» передбачає вивчення показників здоров'я та впливу на них не лише «охороноздоровчих» чинників, а й інших детермінант здоров'я населення (соціальних, культурних, економічних умов тощо), які «перебувають поза юрисдикцією громадського здоров'я» [9; 24], у той час як «громадське здоров'я» фокусується на профілактиці захворювань, травм, інвалідизації та поліпшенні здоров'я населення за допомогою сприяння здоровому способу життя, медико-профілактичних заходів, захисту здоров'я та оцінювання стану здоров'я населення [9; 24]. Водночас дослідники звертають увагу на доцільність застосування громадським здоров'ям підходу, притаманного здоров'ю населення, який враховує широкий спектр умов, що визначають здоров'я населення, з метою їх поліпшення [9; 24].

Серед вітчизняних науковців існує поняття «Громадське здоров'я – це наука і мистецтво запобігання захворюванням, продовження життя та зміцнення фізичного і психічного здоров'я шляхом ефективного і організованого впливу громади і суспільства на цей процес, а також досягнення необхідної результативності завдяки цілеспрямованим зусиллям населення». Поняття громадське здоров'я може включати в себе структури і процеси, з допомогою яких інтерпретується, забезпечується і змінюється здоров'я різних груп населення за рахунок цілеспрямованої діяльності всього суспільства [5].

Таким чином, громадське здоров'я є галуззю науки і практичної діяльності, яка сфокусована на здоров'ї населення, спрямована на профілактику захворювань, продовження тривалості життя та зміцнення здоров'я і втілює цю мету за допомогою організованих зусиль суспільства.

Надзвичайно важливими для розуміння концепту громадського здоров'я є його функції. Європейський офіс ВООЗ відносить до них дослідження стану здоров'я та добробуту населення; моніторинг загроз для здоров'я та надзвичайних ситуацій; захист здоров'я, зокрема від ризиків, пов'язаних із довкіллям, виробничих ризиків, забезпечення безпеки харчових продуктів тощо; зміцнення здоров'я, зокрема вжиття заходів, спрямованих на вирішення соціально-детермінованих проблем і нерівності в питаннях здоров'я; профілактику захворювань, зокрема їх ранню діагностику; забезпечення належного управління у сфері охорони здоров'я; залучення суспільства до

вирішення питань, пов'язаних з охороною здоров'я, та інші. Усі вони зосереджуються навколо трьох основних царин – збереження здоров'я, попередження захворювань та зміцнення здоров'я [9].

До предметної сфери громадського здоров'я належать організація охорони здоров'я в розрізі забезпечення профілактики захворювань, зміцнення здоров'я та створення умов для максимально біологічно можливої тривалості життя; забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення; боротьба з неінфекційними захворюваннями, зокрема такими соціально значущими неінфекційними захворюваннями, як серцево-судинні та онкологічні; здоров'я матері і дитини; репродуктивне здоров'я; психічне здоров'я; медико-соціальні проблеми травматизму; боротьба з шкідливими звичками (тютюнопалінням, зловживанням алкоголем) та захворюваннями, що пов'язані з нездоровим способом життя (наприклад, ожирінням); питання здорового харчування; екологічне громадське здоров'я; забезпечення біобезпеки і боротьба з біотероризмом; інші питання як на державному рівні, так і на рівні певних регіонів.

Таким чином, сучасне визначення «громадського здоров'я» трактується як «виконання інтересу суспільства в забезпеченні умов, у яких люди можуть бути здоровими, а також організацію громадських зусиль, спрямованих на профілактику захворювань і зміцнення здоров'я» [1; 24]. «Пацієнтом» Для громадського здоров'я є суспільство, тому метою громадського здоров'я є профілактика захворюваності та інвалідності, а основними завданнями - оцінка, розробка політики і забезпечення, або, іншими словами, вироблення, моніторинг і корекція концепції, стратегії й тактики в проведенні політики у вітчизняній сфері охорони здоров'я. Громадське здоров'я діагностує здоров'я спільноти, використовуючи науки в сфері охорони здоров'я (public health sciences) [24].

Наступним терміном, який варто розкрити в межах нашого дослідження, є «охорона здоров'я населення» – як комплексну систему соціально-економічних та медичних заходів, спрямованих на збереження й підвищення рівня здоров'я кожної людини зокрема і всього населення загалом.

Чинне ж законодавство України, зокрема, ст. 3 Основ [40], визначає цей термін як систему заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливої індивідуальній тривалості життя. Крім цього, ст.ст. 4 і 12 Основ, характеризують охорону здоров'я населення як «один із пріоритетних напрямів державної діяльності», «...один із головних чинників виживання та розвитку народу

України». Саме тому охорона здоров'я населення є одним із найважливіших завдань і внутрішніх функцій сучасної держави, пріоритетною складовою її соціальної політики, відображеною у найважливіших державних програмах і законодавчих актах [5; 9; 40].

Виходячи з викладеного, «охорона здоров'я населення» характеризується такими ознаками [5; 9]:

- її метою є профілактика і лікування захворювань людей, зміцнення їх здоров'я;

- це одна із внутрішніх функцій сучасної держави, основа державної і місцевої соціальної політики;

- це певний вид професійної людської діяльності (переважно медичної), інтелектуальної та колективної праці, яка полягає у застосуванні передбачених законодавством різноманітних засобів і заходів щодо лікування захворювань і відновлення здоров'я, а також отримання компенсації за заподіяння шкоди здоров'ю людини;

- головними суб'єктами цього виду діяльності є фізичні особи (громадяни, іноземці, особи без громадянства, біженці), яких медична діяльність супроводжує упродовж всього життя від народження і аж до смерті, а іншими суб'єктами – медичні та фармацевтичні працівники, медичні заклади та органи державної влади та місцевого самоврядування, які здійснюють керівництво у цій сфері.

Отже, охорона здоров'я населення загалом (громадське здоров'я) – це складна соціальна система, як основа державної соціальної політики, як сектор громадянського суспільства, як життєво необхідний елемент системи національної безпеки, як елемент її демографічної безпеки та ін. То ж, охорона здоров'я населення – системне і багатопланове явище, що включає в себе формування і реалізацію державної політики у цій сфері, організацію і здійснення різноманітних за своїм характером (організаційних, медичних, фінансових, правових, кадрових та ін.) заходів, професійну діяльність медичних працівників та закладів охорони здоров'я, діяльність численних громадських, гуманітарних, благодійних, релігійних організацій по сприянню охороні здоров'я населення, участь самих громадян у зміцненні свого, своїх рідних і близьких, здоров'я [5; 9; 24].

1.2. Теоретичні засади державного регулювання системою громадського здоров'я

Оскільки забезпечення громадського здоров'я можливе лише шляхом проведення певних заходів – організаційних, фінансових, правових і суто медичних, то це вже політика, а вона вимагає певного управління чи регулювання цим явищем. У сучасній науці побутує аксіома про те, що здоров'я і довголіття населення загалом всього на 10 % залежить від рівня організації та якості медичної допомоги. Третина факторів, що впливають на здоров'я населення полягають в умовах його життя (праці, навчання, відпочинку, харчування), третина – в якості довкілля, а ще третина – залежить від спадкових факторів [5]. Тому можна стверджувати, що громадським здоров'ям можна керувати, впливаючи на його стан шляхом формування і реалізації державної, регіональної і місцевої політики охорони здоров'я, проведенням різноманітних, у тому числі оздоровчих і медико-санітарних заходів. Характер і зміст охорони здоров'я людини на різних етапах суспільного розвитку визначався такими істотними факторами, як спосіб виробництва, ступінь розвитку продуктивних сил, рівень культури, розвиток науки і техніки взагалі, та медичної науки, зокрема.

Державне регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення відбувається, головню, через дію правових норм, тобто шляхом розробки і прийняття відповідних актів законодавства. Так як в житті, практично, немає жодного явища, яке б регулювалось нормами лише однієї галузі права, то, відповідно, і сфера охорони здоров'я населення також містить у собі різні за своїм характером відносини, які регулюються й різними за своєю галузевою приналежністю, нормами права. Тож не дивним є те, що відносини у цій сфері регулюються правовими нормами практично всіх без винятку галузей права – від конституційного і аж до кримінального [5].

Перш, ніж перейти до розгляду поняття регулювання СГЗ, розкриємо поняття що є система охорони здоров'я. Зі змісту ст. 3 Основ, можемо визначити, що система охорони здоров'я – це мережа закладів, установ та органів охорони здоров'я, метою діяльності яких є забезпечення громадянам конституційних прав на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, надання кваліфікованої медичної допомоги та ін. Незважаючи на удавану простоту цього підходу, він є хибним через наступні обставини. По-перше, він суперечить змістові поняття охорони здоров'я в міжнародних правових актах, зокрема в документах ВООЗ. Наприклад, словник термінів, виданий ВООЗ, вказує, що

система охорони здоров'я – це сукупність взаємозалежних заходів, що сприяють зміцненню здоров'я і проводяться вдома, у навчальних закладах, на робочих місцях, у громадських місцях, у громадах, фізичному та психосоціальному оточенні, а також у секторі охорони здоров'я і пов'язаних з ним секторах [5].

Крім цього, у цьому ж словнику міститься поняття комплексної системи охорони здоров'я (термін 14), що має на увазі всі необхідні заходи щодо охорони здоров'я населення. Тобто, система охорони здоров'я (особливо комплексна), відповідно до тлумачення, яке дає ВООЗ, фактично являє собою систему відносин у сфері охорони здоров'я населення, що відповідає не першому, а другому із поданих вище визначень.

Отже, система охорони здоров'я належить до дуже складних систем і являє собою комплекс механізмів державних і комунальних органів, установ та медичних закладів та їх програм, що вирішують різноманітні завдання: від лікування гострих захворювань – до профілактики; від індивідуального лікування – до заходів, що охоплюють захист здоров'я населення загалом; від стаціонарного лікування – до первинної медичної допомоги; від стоматологічних послуг – до лікування професійних та психічних захворювань тощо, у тому числі й громадського здоров'я [5].

В організаційному плані структура системи охорони здоров'я має два основних виміри: адміністративно-територіальний і галузевий. В адміністративно-територіальному відношенні вона будується відповідно до адміністративно-територіального поділу держави і є складною, багаторівневою, ієрархічно побудованою системою. Нині система охорони здоров'я функціонує на основі чинного адміністративно-територіального поділу України і відповідно до вимог наближення медичної допомоги до людей, які проживають у населених пунктах – селах, селищах і містах [5]. Як елементи системи до неї належать: система охорони здоров'я населення на рівні держави; система охорони здоров'я населення на рівні області; система охорони здоров'я населення на рівні району; система охорони здоров'я населення на рівні окремого населеного пункту (міста, селища, села). Сьогодні велике значення відводиться саме регіональному та місцевому рівні управління (регулювання).

Серед підсистем (галузей) медичної сфери слід виділити як головні, які стосуються власне громадського здоров'я – лікувально-профілактичну допомогу, охорону здоров'я матері та дитини, санітарно-епідеміологічну діяльність, а також медикаментозну допомогу, медико-соціальну експертизу, медичну освіту й науку, санаторно-курортну допомогу тощо. Сьогодні у системі охорони здоров'я існує

понад 30 сформованих медичних служб. Їхня діяльність регулюється низкою актів законодавства, а також значною кількістю підзаконних нормативно-правових актів, які розробляє і затверджує МОЗ України [5].

Таким чином, як видно з вищезазначеного, громадське здоров'я є складною частиною ще більш складної сфери охорони здоров'я. Тому регулювання системою громадського здоров'я теж має комплексний міжгалузевий та між секторальний підхід.

Регулювання включає різноманітність механізмів і стратегій, запозичених з таких галузей, як економіка, право, управління і політика.

Державне регулювання громадського здоров'я - система типових заходів законодавчого, виконавчого та контролюючого характеру, що здійснюються правочинними державними установами і громадськими організаціями з метою збереження та зміцнення здоров'я нації. Основною метою державного регулювання є створення такої системи громадського здоров'я, яка б орієнтувалася на вибір найефективніших варіантів використання ресурсів і забезпечення потреб населення в послугах з охорони та збереження здоров'я [5].

Методи державного регулювання охорони здоров'я - це способи впливу держави через законодавчі і виконавчі органи влади на громадське здоров'я шляхом створення або забезпечення умов для збереження, зміцнення та відновлення громадського здоров'я.

Згадані методи поділяються на дві групи: прямого і непрямого (опосередкованого) впливу.

До методів прямого державного регулювання належать: визначення стратегічних цілей розвитку системи та їх відображення в індикативних та інших планах, цільових програмах; державні замовлення і контракти на поставки певних видів продукції, виконання робіт, надання послуг; державна підтримка програм, замовлень і контрактів; дотримання нормативних вимог до якості та сертифікації технології і продукції; правові і адміністративні обмеження та заборони щодо виробництва певних видів продукції; ліцензування [5].

Прямі методи не передбачають створення додаткового матеріального стимулу, не загрожують фінансовими збитками і спираються на силу державної влади.

Методи непрямого (опосередкованого) державного регулювання ґрунтуються переважно на товарно-грошових важелях. У міру розвитку ринкової економіки сфера їх застосування розширюється і одночасно зменшуються можливості прямого втручання держави. До цих методів належать:

оподаткування, рівень оподаткування та система ринкових цін; регулювання цін, їх рівні та співвідношення; плата за ресурси, відсоткові ставки за кредит і кредитні пільги; митне регулювання [5–8].

Залежно від засобів впливу розрізняють такі методи державного регулювання, як правові, адміністративні та економічні.

Державне регулювання спрямоване на вибір, який виробники і споживачі зробили б на ринках за інших обставин. Регулювання звичайно здійснюють через «наказ і контроль»: даються розпорядження, контролюється їх виконання, а винні у недотриманні норм караються. Для того щоб вплинути на поведінку окремих людей і організацій, держава може використовувати правові норми, економічні стимули і освіту. У вузькому і очевидному розумінні регулювання має на увазі використання права уряду на примус з метою введення обмежень для організацій і окремих осіб. Якщо уряд застосовує стимулювання чи переконання (наприклад ідеологію) з метою впливу на поведінку організацій чи окремих осіб, це не розглядається як регулювання. З погляду цього критерію регулювання включає весь діапазон правових інструментів, з допомогою яких уряд на всіх рівнях вводить обмеження для окремих людей і організацій. До регулюючих інструментів належать: конституція, закони, постанови, укази, кодекси, адміністративні правила і керівництва, видані урядом чи неурядовими органами, такими як саморегулюючі організації, яким уряд делегує регулятивні повноваження [5–8].

У системі громадського здоров'я регулювання застосовується з метою: захисту населення загалом; подальшого забезпечення соціальної рівності за рахунок забезпечення доступу до базового медичного обслуговування для кожного; корекції недосконалості ринку як на загальнодержавному, так і регіональному (місцевому) рівнях.

Намагаючись захистити населення від шкідливих факторів, всі держави регулюють такі параметри, як безпечність продуктів харчування, якість лікарських засобів, а також встановлюють правила безпеки дорожнього руху, стандарти з техніки безпеки на виробництві і гігієнічні нормативи. Для забезпечення рівного доступу до послуг охорони здоров'я багато країн застосовують практику направлення випускників медичних шкіл у систему державної охорони здоров'я, де вони працюють протягом 2-3 років. Щоб виправити помилки ринку, державам необхідно регулювати ринки охорони здоров'я. Уряд регулює зобов'язання і обов'язки покупців (пацієнтів і клієнтів) і

продавців (лікарів, аптек, лікарень, страховиків) з метою забезпечення справедливого і повного обміну [5–8; 15; 16].

Якщо в питаннях, що стосуються виробництва і розподілу медичних послуг, система охорони здоров'я переважно покладається на ринкову конкуренцію, їй необхідний комплекс правових норм. Норми мають визначати правові обов'язки різних учасників будь-яких угод, встановлювати межі їх повноважень, ступінь відповідальності і звітності. Правові норми необхідні для захисту інтересів споживачів, коли вони не можуть здійснювати інформовану покупку товарів чи послуг, не маючи достатньої інформації. Щоб мати можливість застосовувати регулювання, уряду необхідно встановити відповідні стандарти [5–8; 15; 16; 28; 49; 58; 59].

Приймаючи рішення про введення тих чи інших регулятивних норм, уряду потрібно враховувати кілька умов, необхідних для ефективного регулювання, а саме: вагоме обґрунтування; інституціональна компетентність при розробці і введенні вдію відповідних норм регулювання; здатність забезпечити виконання і контролювати дотримання норм регулювання; наявність правових процедур і судів, які дадуть змогу застосовувати закони і вирішувати спори; вигода від застосування регулювання має перевищувати витрати. Якщо такі умови не забезпечуються, то мало ймовірно, що ці норми принесуть користь суспільству.

Запровадження і застосування державних регулятивних вимог може супроводжуватися багатьма невдачами. Однією з найбільш серйозних з них є ситуація, коли регулююча організація виявляється «під тиском суб'єктів регулювання». Впроваджуючи ті чи інші регулятивні заходи, регулююча організація має бути спроможною здійснювати регулювання і забезпечувати виконання його вимог. Суб'єкти регулювання серйозно зацікавлені у впливі на регулюючі організації з метою прийняття вигідних для себе управлінських рішень, включаючи структуру і формулювання адміністративних норм. Державні службовці регулюючої організації піддаються спробам тиску, домовленостей і підкупу з боку суб'єктів регулювання, і сила їхніх переконань залежить від їх політичної волі та професіоналізму. Найбільш небажаною є ситуація, коли суб'єкт регулювання може повністю підкорити собі регулюючу організацію, керівниками якої є чиновники, які захищатимуть її інтереси, а не державні. Крім того, поширеною помилкою в державному регулюванні є сподівання на саморегулювання. Коли уряд не бажає чи не здатний регулювати професійну діяльність, він нерідко делегує юридичні повноваження на саморегулювання

професійній групі (наприклад, медичним працівникам) [5–8; 15; 16; 28; 49; 58; 59].

Ще однією істотною причиною невдалого регулювання є некомпетентність. Урядовцям часто не вистачає знань, вмінь та навичок для вироблення змістовних регулюючих положень. Сутність положень має бути ретельно продумана, а санкції і стимули розроблені так, щоб сприяти дотриманню вимог, у противному разі регулювання навряд чи буде ефективним. Вирішення цих завдань вимагає участі спеціалістів багатьох галузей. Наприклад, розробка стандартів якості для продуктів харчування вимагає залучення спеціалістів з питань права, суспільної охорони здоров'я, медицини, біології, хімії, економіки. Введення ефективного регулювання з метою виправлення помилок ринку вимагає ґрунтовних знань самого ринку і можливої реакції суб'єктів регулювання на саме регулювання. Для цього потрібні кваліфіковані експерти з кількох галузей. Неправильне регулювання може лише посилити помилки ринку.

Іншим засобом усунення неефективності державного регулювання є забезпечення виконання і контроль дотримання регулятивних вимог. Навіть в економічно розвинених країнах застосування норм регулювання і моніторинг їх дотримання виявляється складним.

У таблиці 1.1 наводиться узагальнення основних видів регулювання, які застосовуються в секторі охорони здоров'я, регулятивні інструменти і механізми застосування [5–8; 15; 16; 28; 49; 58; 59].

Як видно з таблиці, в процесі державного регулювання взагалі і в регулюванні системи громадського здоров'я зокрема збалансоване комбінування підходів, що розроблені в межах різних наукових дисциплін, є не лише можливим, а й, по суті, невідворотним. Саме воно здатне забезпечити якісне регулювання як найважливіший інструмент ефективного управління [5–8; 15; 16; 28; 49; 58; 59].

Хоча саме поняття «регулювання» та мотиви пов'язаної з ним діяльності держави, можуть інтерпретуватися по-різному, серед представників різних наукових дисциплін існує певне порозуміння стосовно загальних механізмів регулювання.

Основні види державного регулювання в системі громадського здоров'я

Основні напрями регулювання	Обґрунтування	Регулятивні інструменти	Забезпечення виконання
Розкриття змісту інформації	Забезпечення інформованості споживачів (населення) щодо продуктів (засобів, послуг), які впливають на здоров'я	Маркування Обмеження на рекламу Закони про розкриття змісту інформації Закони про інформування громадськості	Перевірка і контроль Цивільні та кримінальні штрафні санкції
Стандартизація продуктів (послуг)	Забезпечення безпечності води, повітря, продуктів харчування, лікувальних засобів Забезпечення якості медичних послуг	Уведення стандартів на лікувальні засоби без домішок і безпечність медичних послуг Закони про ліцензування діяльності Кримінальне право	Розробка тестів, керівництв і критеріїв для перевірки практичного дотримання норм Анулювання ліцензій Відкритий адміністративний розгляд
Страховання	Забезпечення рівних прав на охорону здоров'я Виправлення помилок ринку	Обов'язкове медичне страхування Права пацієнта Законодавство, що забороняє дискримінацію і вибірковість щодо ризиків	Кримінальні і цивільно-правові санкції, включаючи такі контракти, що не мають позовної сили
Стимування витрат	Виправлення помилок ринку	Закони що регулюють ціни на медичні (профілактичні) послуги і лікувальні засоби, регулювання та обмеження загального бюджету	Кримінальні і цивільно-правові санкції, включаючи аудит і виконання умов контракту

Механізми державного регулювання діляться на дві основні категорії — інструменти (*tools*) та стратегії (*strategies*) [5–8; 15; 16; 28; 49; 58; 59].

Найважливішою категорією інструментів державного регулювання, за допомогою яких держава вимагає від суб'єктів суспільних відносин виконання своїх рішень, є законодавство (тобто, в широкому розумінні, прийняті законодавчим органом закони та прийняті органами виконавчої влади

адміністративні (управлінські) підзаконні нормативні акти, а також рішення органів судової влади).

Вирішення ж питання про те, як та навіщо використовувати ці основні інструменти належить до сфери стратегій.

Baldwin та Cave сформулювали наступний перелік можливих загальних стратегій державного регулювання [5–8; 15; 16; 28; 49; 58; 59]:

- примус і контроль;
- саморегулювання та обов'язкове саморегулювання;
- режими, що спираються на стимулювання (податки, субсидії);
- використання ринкових механізмів (закони, що регулюють конкуренцію, контракти та дозвільні документи, що можуть бути предметом купівлі-продажу, франчайзинг);
- заходи з регулювання відкритості;
- прямі дії уряду;
- юридичні права та обов'язки;
- програми державної компенсації та соціального страхування.

Таким чином, державне регулювання – це складна система заходів, що передбачає застосування різноманітних інструментів та стратегій.

Система громадського здоров'я також являє собою складний, громіздкий конгломерат програм, установ та закладів, що вирішують різноманітні завдання: від лікування захворювань — до профілактики; від індивідуального лікування — до заходів, що охоплюють захист здоров'я населення в цілому. Ця система може бути поділена на п'ять підсистем [5–8; 15; 16; 28; 31; 49; 58; 59]:

- вимоги (попит), що асоціюється з громадянами (пацієнтами);
- постачання, або пропозиція (наприклад, індивідуальні постачальники послуг, медичні установи, профілактичні заходи, освіта тощо);
- захист здоров'я (наприклад, інфекційні хвороби, безпека довкілля, робочого місця, крові та медичного обладнання);
- фінансування;
- управління.

Учасниками процесу регулювання громадського здоров'я можуть бути різні державні органи, серед яких чітко визначена роль відводиться насамперед законодавчому органу (парламенту), органам виконавчої влади (уряд та інші центральні виконавчі органи) та органам судової влади. Однак у процесі регулювання охорони здоров'я можуть брати участь й інші урядові, напівдержавні чи недержавні органи. У деяких країнах держава передає частину своєї

відповідальності регіональним чи муніципальним органам влади, в інших повноваження щодо саморегулювання делегуються різним організаціям приватного сектора (наприклад, ліцензування – медичним асоціаціям, страхування – асоціаціям медичних фондів тощо). В ряді країн існують незалежні від уряду національні органи, міра та сфера відповідальності яких залежать від багатьох факторів, в тому числі від типу діяльності, що підлягає регулюванню, від того, який конкретно сегмент системи охорони здоров'я (лікарні, лікарі тощо) підлягає регулюванню, від взаємодії різних елементів цього сегмента, від інституціональної структури системи охорони здоров'я в цілому, від національних культурних традицій тощо [5–8; 16; 28; 31; 48; 49; 55; 58; 59].

Регулювання в системі охорони здоров'я, як і в інших секторах, передбачає видання нормативних актів, забезпечення їх реалізації, моніторинг та оцінку, правозастосування та судовий нагляд.

Нормотворча діяльність часто фокусується на розв'язанні глобальних та політичних завдань, на організації загальної інституціональної структури охорони здоров'я. Однак у країнах з добре організованою системою охорони здоров'я предметом нормативно-правового регулювання можуть бути й управлінські механізми.

Спираючись на викладені вище загальні уявлення про стратегії та інструменти регулювання і застосовуючи їх до системи охорони здоров'я, можливі в сучасному суспільстві моделі стратегій державного регулювання у цій сфері залежно від масштабів ступеня участі держави у процесах регулювання можна розташувати у такому порядку [5–8; 15; 16; 28; 49; 58; 59]:

- Командно-адміністративне регулювання.
- Упорядкування та спрямування.
- Децентралізація.
- Обов'язкове саморегулювання.
- Акредитація та ліцензування.
- Регулювання за допомогою незалежних органів.
- Міжсекторальне співробітництво.

Командно-адміністративне регулювання є крайньою, максимально можливою формою втручання держави. В умовах цієї моделі, яку ще називають технократичною, заклади охорони здоров'я, що повністю належать державі і управляються нею (або передані в управління регіональним чи місцевим органам виконавчої влади), підлягають адміністративному контролю по вертикалі (від верхніх рівнів ієрархії до нижніх). Управління системою охорони здоров'я

здійснюють підготовлені «експерти», які опираються на свої спеціальні знання та владне становище у політичних та економічних інститутах суспільства. Забезпечення раціонального управління та обмеження швидких змін політичних цілей в результаті нераціональної поведінки учасників процесу функціонування системи охорони здоров'я досягається шляхом прямого втручання держави у функціонування цієї системи. Ця модель вимагає беззаперечного підпорядкування і практично виключає можливість переговорів та оскарження [5–8; 16; 28; 31; 48; 49; 55; 58; 59].

Більш м'якою моделлю регулювання є модель упорядкування та спрямування. В умовах цієї моделі заклади охорони здоров'я залишаються у власності держави, але, разом з тим, управління ними здійснюється незалежно. Ця модель регулювання має місце тоді, коли у державний сектор охорони здоров'я запроваджуються механізми регульованого ринку, в результаті чого державні заклади охорони здоров'я фактично перетворюються у державні підприємства чи автономні неприбуткові суб'єкти господарської діяльності, керівникам яких надається високий ступінь самостійності у прийнятті рішень з таких питань, як постачання медичних послуг, підбір кадрів, розмір заробітної плати працівників тощо. За наявності такої управлінської автономії заклади, що перебувають у власності держави, підлягають регулюванню за відносно «м'якою» моделлю упорядкування та спрямування діяльності в певному напрямі. Державне регулювання в цьому випадку використовується для того, щоб забезпечити відповідність рішень, що приймаються в умовах відносної інституціональної незалежності, основним завданням соціальної та економічної політики держави. і принципі, враховуючи особливе соціальне значення системи охорони здоров'я, ця модель застосовується й до регулювання діяльності недержавних постачальників послуг з охорони здоров'я, які також повинні відповідати ряду обов'язкових державних вимог [5–8; 16; 28; 31; 48; 49; 55; 58; 59].

Такий тип регулювання, як децентралізація передбачає використання чотирьох можливих варіантів стратегій [5–8; 15; 16; 28; 49; 58; 59].:

деконцентрація, яка передбачає передачу повноважень щодо видання регулятивних актів від центрального уряду незалежним державним органам;

деволюція (передача повноважень з регулювання регіональним чи місцевим органам влади, які, своєю чергою, також можуть деконцентрувати чи делегувати отримані повноваження);

делегування (передача повноважень неурядовим агентам, порядок діяльності яких часто має відповідну правову підтримку. При цьому делегування

повноважень страховим компаніям та постачальникам послуг зазвичай іменується саморегулюванням чи (за наявності контролю з боку держави) обов'язковим саморегулюванням);

приватизація (яка означає повну передачу раніше закріплених за державою повноважень приватному сектору).

Слід зазначити, що для систем, які фінансуються переважно за рахунок податкових надходжень, характерні такі форми децентралізації, як деконцентрація та деволуція, тоді як для систем, що спираються на обов'язкове медичне страхування, характерною є стратегія делегування.

Сутність міжсекторального співробітництва як стратегії регулювання системи охорони здоров'я визначається її назвою. Фактично мова має йти про сукупність цілого ряду заходів щодо забезпечення співробітництва різних секторів, що тією або іншою мірою можуть впливати на забезпечення охорони здоров'я населення. Основні можливі напрями такого співробітництва буде наведено нижче при розгляді основних завдань державного регулювання в сфері охорони здоров'я.

Усе викладене вище свідчить, що кожна з наведених моделей регулювання має як свої переваги, так і свої недоліки. Тому беззастережна загальна підтримка якоїсь однієї моделі навряд чи є доцільною та можливою.

Таким чином, підводячи підсумок викладеному, слід наголосити на тому, що в останні роки у системах охорони здоров'я, у тому числі й у громадського здоров'я, фактично всіх індустріалізованих країн, насамперед у Європі, дедалі активніше застосовуються моделі регулювання, що базуються на стратегіях упорядкування та спрямування, пов'язаних з формуванням так званих планових регульованих ринків, у поєднанні з моделями децентралізації та обов'язкового саморегулювання, що доповнюються основними елементами акредитації, ліцензування та міжсекторального співробітництва. Саме такий підхід нині вважається найбільш прогресивним і саме на нього орієнтовано сучасні реформи систем охорони здоров'я абсолютної більшості європейських країн.

1.3. Нормативно–правове забезпечення діяльності системи громадського здоров'я в Україні

Як ми вже зазначали в попередньому підрозділі, одним із ключових механізмів державного регулювання системи громадського здоров'я, є нормативно–правова база. Тому проведемо аналіз вітчизняної нормативно–правової бази, що регламентує діяльність та розвиток громадського здоров'я в Україні.

Визначення поняття «громадське здоров'я» вперше було закріплене лише в 2016 році Угодою про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої (Глава 22. Громадське здоров'я) [72] та Розпорядженням КМУ «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» [47]. Які закладають правові засади охорони тих цінностей, якими опікується громадське здоров'я, і так чи інакше регулює весь спектр відносин, що входять до предметної сфери громадського здоров'я.

Основними документами щодо розвитку системи громадського здоров'я в Україні як частини глобального здоров'я на період до 2020 року є: Здоров'я-2020. Основи політики та стратегія (прийнято 62-ю сесією ЄРБ ВООЗ, Мальта, 2012 рік, резолюція EUR/RC62/8) [80; 81]; Європейський план дій щодо зміцнення потенціалу та послуг охорони громадського здоров'я (прийнятий 62-ю сесією ЄРБ ВООЗ, Мальта, 2012 рік, резолюція EUR/RC62/12 Rev.1); Рішення 851/2004/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 21 квітня 2004 р. про утворення Європейського центру з профілактики та контролю за захворюваннями; Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, на 2014—2017 роки [24; 72, 79–81]. Але й інші фундаментальні законодавчі акти створюють підвалини для розвитку громадського здоров'я в Україні, зокрема Стаття 49 Конституції України передбачає право кожного на охорону здоров'я [26]. Право на здоров'я (охорону здоров'я) визнано й універсальними та регіональними міжнародними договорами, згода на обов'язковість яких дана Верховною Радою України. У контексті громадського здоров'я велике значення має Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права 1966 р. [87]. Стаття 12 зазначеного Пакту передбачає право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. У п. 4 Зауважень загального порядку № 14 (2000) щодо

права на найвищий досяжний рівень здоров'я, прийнятому Комітетом з економічних, соціальних і культурних прав, вказується на те, що право на здоров'я поширюється на основоположні детермінанти здоров'я, до яких належать харчування, житлові умови, доступ до безпечної питної води та належних санітарних умов, безпечні та здорові умови праці і здорове навколишнє середовище [24; 83].

Норми статті 283 Цивільного кодексу України [73] та статті 6 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи) [40], які також установлюють право особи на охорону здоров'я, ураховують конституційні гарантії та міжнародні стандарти. Так, стаття 6 Основ передбачає низку елементів права на охорону здоров'я, включаючи життєвий рівень; безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище; санітарно-епідемічне благополуччя; безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку; кваліфіковану медичну допомогу; достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи наявні і можливі фактори ризику та їх ступінь; тощо. Визначаючи правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, Основи встановлюють основні принципи охорони здоров'я, серед яких визначаються попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я, що є особливо важливим для громадського здоров'я. Відповідно до статті 5 Основ охорона здоров'я визнається загальним обов'язком суспільства та держави [9; 40].

Побудова нової системи охорони здоров'я, зокрема системи охорони громадського здоров'я, вимагає відповідних законодавчих рішень. Для вибору оптимальних рішень потрібно ретельно проаналізувати чинне законодавство України, що стосується громадського здоров'я, та зарубіжний досвід, які є предметом окремого дослідження. Наразі відзначимо, що Основи містять низку засадничих положень щодо охорони громадського здоров'я. Питанням охорони громадського здоров'я присвячено повністю або частково кілька розділів Основ. Проте через надто загальний, декларативний характер багатьох з положень Основ, що стосуються охорони громадського здоров'я, відсутність належної уваги до всіх структурних елементів системи охорони громадського здоров'я та їхніх функцій, а також інші недоліки Основи в нині чинній редакції вже не здатні забезпечити розбудову сучасної системи охорони громадського здоров'я в Україні.

В експертному середовищі обговорюється думка про необхідність ухвалення Закону України « Про систему громадського здоров'я». Подібні законодавчі акти були ухвалені в низці країн Європи, зокрема в деяких пострадянських країнах. Так, 2007 року в Грузії було прийнято Закон «Про громадське здоров'я», 2009 року в Республіці Молдова – Закон «Про державний нагляд за громадським здоров'ям» [9].

Водночас, ураховуючи потребу забезпечення системності законодавства, що регулює відносини з приводу охорони громадського здоров'я, яке крім Основ налічує цілу низку інших законів та підзаконних актів, слід розглянути й варіант внесення відповідних змін до Основ. Проте який би варіант не був обраний, одним з питань, що потребує чіткого законодавчого врегулювання, є компетенція і повноваження суб'єктів публічної адміністрації у сфері охорони громадського здоров'я та засади їх взаємодії. На нашу думку, координацію зусиль у сфері громадського здоров'я має здійснювати центральний орган виконавчої влади, який забезпечує реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я. Це підтверджує досвід зарубіжних країн. Так, згідно із Законом Республіки Молдова «Про державний нагляд за громадським здоров'ям» (ст. 10) Міністерство охорони здоров'я «координує діяльність у галузі громадського здоров'я в охороні здоров'я та поза нею» [9].

Ефективне виконання цього завдання вимагає позбавлення Міністерства охорони здоров'я України не властивих йому функцій (здійснення державних закупівель, утримання освітніх закладів тощо) та реорганізації його структури відповідно до європейських норм і принципів, що передбачено у Плані заходів Міністерства охорони здоров'я України з виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України та Коаліційної угоди 2015 року [9].

Окрім «менеджера» системи охорони здоров'я і «координатора» системи охорони громадського здоров'я потрібен, за влучним висловом проф. О. Гульчій, і «мозок» системи – інститут громадського здоров'я [9; 12]. Дослідниця звертає увагу на підтвердження зарубіжним досвідом необхідності «блоку наукового регулювання», який «займається напрацюванням даних, аналізує їх, на підставі чого й приймаються управлінські рішення» Міністерством [9].

Наріжним каменем системи охорони здоров'я загалом і громадського здоров'я зокрема є первинна медична допомога. В Алма-Атинській декларації, прийнятій на Міжнародній конференції з первинної медико-санітарної допомоги 1978 року, зазначається, що первинна медична (медико-санітарна) допомога виконує головну функцію національної охорони здоров'я і є її центральною

ланкою. Вона «є першим рівнем контакту окремих осіб, родини і громади з національною системою охорони здоров'я, максимально наближає медико-санітарну допомогу до місця проживання і роботи людей і становить собою перший етап безперервного процесу охорони здоров'я народу» [9].

Окрім вищезазначеного законодавства, варто відзначити, що Україна має досить значний досвід запобігання інфекційним захворюванням і боротьби з ними, а також законодавчого регулювання відповідних відносин. Вони зокрема врегульовані нормами Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» [9], Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» [9], Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 роки» [9]. Окремими законами встановлюються засади протидії ВІЛ/СНІДу і туберкульозу. Водночас законодавство з питань боротьби з інфекційними захворюваннями потребує вдосконалення. Відзначається необхідність у його приведенні відповідно до нині чинної редакції Міжнародних медико-санітарних правил ВООЗ, у реформуванні системи екстреного реагування на спалахи карантинних інфекцій тощо [9].

У певних секторах громадського здоров'я Україною досягнуто досить значних успіхів. Так, ВООЗ визнала Україну одним зі світових лідерів у сфері боротьби з тютюнопалінням [9], що досягнуто зокрема за рахунок створення належної законодавчої бази, яка визначає засади обмеження місць куріння тютюнових виробів, підвищення ставок акцизу на тютюн тощо. В інших сферах (зокрема у сфері боротьби з деякими соціально значущими неінфекційними захворюваннями – наприклад, онкологічними захворюваннями) ситуація потребує належного організаційного та законодавчого реагування.

Запорукою успішності такого реагування є міжсекторальна взаємодія для зміцнення здоров'я (intersectoral action for health), яка полягає у «включенні декількох секторів, на доповнення до сектору охорони здоров'я, при формуванні і реалізації державних політик, спрямованих на поліпшення якості життя» [9]. Саме міжсекторальна взаємодія може забезпечити широке застосування підходу «охорона здоров'я у всіх політиках держави», важливість чого впливає з Угоди про асоціацію (ст. 427) [72]. Зарубіжні дослідники звертають увагу на те, що законодавство разом з іншими засобами і механізмами може мати помітний вплив на міжсекторальну взаємодію, визначаючи її інституційні засади [9].

На нашу думку, принципово важливим для розвитку охорони громадського здоров'я в Україні є законодавче закріплення вимоги щодо

необхідності врахування потреб охорони здоров'я в усіх політиках держави, зокрема шляхом вказівки на це в Законі України «Про засади внутрішньої і зовнішньої політики» [44], у який слід внести відповідні зміни. Як уже зазначалося, потрібно створювати законодавче підґрунтя для координації міжсекторальної взаємодії, спрямованої на підвищення рівня громадського здоров'я. Не менш важливими є і зміни до законодавства, що відбиватимуть результати такої взаємодії. Побудова в Україні системи громадського здоров'я, створення інституційних механізмів, вирішення проблем різних секторів громадського здоров'я вимагають належного законодавчого забезпечення [9].

Висновки до розділу 1

Проведений аналіз зазначених вище наукових праць та державних документів дає підстави стверджувати, що сучасне визначення «громадського здоров'я» трактується як «виконання інтересу суспільства в забезпеченні умов, у яких люди можуть бути здоровими, а також організацію громадських зусиль, спрямованих на профілактику захворювань і зміцнення здоров'я» [1]. «Пацієнтом» Для громадського здоров'я є суспільство, тому метою громадського здоров'я є профілактика захворюваності та інвалідності, а основними завданнями - оцінка, розробка політики і забезпечення, або, іншими словами, вироблення, моніторинг і корекція концепції, стратегії й тактики в проведенні політики у вітчизняній сфері охорони здоров'я.

Дослідженням встановлено, що охорона здоров'я населення загалом (громадське здоров'я) – це складна соціальна система, як основа державної соціальної політики, як сектор громадянського суспільства, як життєво необхідний елемент системи національної безпеки, як елемент її демографічної безпеки та ін. То ж, охорона здоров'я населення – системне і багатопланове явище, що включає в себе формування і реалізацію державної політики у цій сфері, організацію і здійснення різноманітних за своїм характером (організаційних, медичних, фінансових, правових, кадрових та ін.) заходів, професійну діяльність медичних працівників та закладів охорони здоров'я, діяльність численних громадських, гуманітарних, благодійних, релігійних організацій по сприянню охороні здоров'я населення, участь самих громадян у зміцненні свого, своїх рідних і близьких, здоров'я.

Показано, що в останні роки у системах охорони здоров'я, у тому числі й громадського здоров'я, фактично всіх розвинутих країн світу, дедалі активніше

застосовуються моделі регулювання, що базуються на стратегіях упорядкування та спрямування, пов'язаних з формуванням так званих планово регульованих ринків, у поєднанні з моделями децентралізації, саморегулювання та міжсекторального співробітництва.

В Україні сьогодні гостро відчувається потреба в комплексних дослідженнях державного регулювання розвитку вітчизняної системи громадського здоров'я. Адже як вказують експерти ВООЗ, збереження здоров'я населення ставить перед суспільством необхідність вирішення не лише суто медичних, але й ряду проблем політичного, економічного, соціального, культурного, психологічного тощо характеру, зростає потреба не лише в різних видах медичної, але й соціально-побутової допомоги. Тому побудова вітчизняної сфери охорони здоров'я повинна базуватись на ґрунтовних науково доведених рекомендаціях з урахуванням нових викликів для здоров'я населення як на рівні країни, так і на регіональному та місцевому рівнях.

Дослідженням встановлено, що для розвитку системи громадського здоров'я в Україні є необхідним законодавче закріплення вимоги щодо необхідності врахування потреб охорони здоров'я в усіх політиках держави, зокрема шляхом вказівки на це в Законі України «Про засади внутрішньої і зовнішньої політики», у який слід внести відповідні зміни, потрібно створювати законодавче підґрунтя для координації міжсекторальної взаємодії, спрямованої на підвищення рівня громадського здоров'я.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

2.1. Вплив екологічної ситуації в Одеській області на здоров'я населення

Як ми вже зазначали в першому розділі, громадське здоров'я – це наука і мистецтво запобігання захворюванням, продовження життя та зміцнення фізичного і психічного здоров'я шляхом ефективного і організованого впливу громади і суспільства на цей процес, а також досягнення необхідної результативності завдяки цілеспрямованим зусиллям населення. Тому вкрай важливим, з точки зору дослідження проблем громадського здоров'я певного регіону, вивчення стану розвитку даного регіону, з позиції впливу на громадське здоров'я, адже вплив навколишнього середовища на громадське здоров'я становить до 30%. Цей вплив називають екологічним ризиком. *Екологічний ризик (EP)* – оцінка на всіх рівнях – від локального до глобального – імовірності появи негативних змін у навколишньому середовищі, викликаних антропогенним чи іншим впливом. Під екологічним ризиком також розуміють можливу міру небезпеки заподіяння шкоди природному середовищу у вигляді можливих втрат за визначений час [4; 34].

Одеська область відноситься до Південних прикордонних територій України, де природно-кліматичні і соціально-економічні особливості сприяють формуванню складної санітарно-епідеміологічної ситуації.

Загальний стан екологічної безпеки в області продовжує залишатись складним і здебільшого зумовлений надмірним техногенним навантаженням на природне середовище, нерівномірною територіальною концентрацією виробництва, його високою енергомісткістю. На здоров'я населення впливають такі чинники середовища як забруднення атмосферного повітря, якість питної води, житлові умови, продукти харчування, іонізуюче та неіонізуюче випромінювання, акустичне забруднення та відходи.

Тому оцінка шкідливого впливу чинників навколишнього середовища є актуальною проблемою сучасності. В межах нашого дослідження, для формування науковообґрунтованих напрямів державного регулювання розвитку системи громадського здоров'я, вкрай важливим є встановлення закономірностей

між масштабами забруднення довкілля і динамікою захворюваності за основними класами хвороб населення Одеської області.

Для оцінки наслідків несприятливої дії чинників навколишнього середовища щодо здоров'я враховується наступне: біологічна дія шкідливого чинника; ступінь його розповсюдження; стійкість чинника у часовому просторі; розміри груп населення, які в тій чи іншій мірі знаходяться під негативним впливом.

Чинники, що визнано шкідливими, забороняють до вживання, або регламентують їх надходження у навколишнє середовище. Вважається, що при дотриманні розробленого нормативу, техногенні фактори негативно не впливатимуть на здоров'я людей. Але це твердження не відповідає дійсності, так як для кожної людини сприйнятливість до негативного фактору індивідуальна, може змінюватись у часі і не дорівнює середнім показникам.

Забруднення атмосферного повітря за ступенем хімічної небезпеки для людини посідає перше місце. Це обумовлено в першу чергу тим, що забруднюючі речовини з атмосферного повітря мають найбільш широке розповсюдження та можуть потрапляти у різні середовища. При дослідженні стану забруднення атмосферного повітря в Одеській області, слід враховувати, що регіон характеризується особливими природними умовами, які спричинені її приморським розташуванням - *на стан атмосфери Одеської області в процесі діяльності впливають 2323 підприємства*. Наявність бризових циркуляцій сприяє накопиченню забруднюючих речовин в атмосферному повітрі. Значна кількість днів з туманами, інверсією в осінньо-зимовий період також приводять до інтенсивного забруднення великих територій [13; 52].

Основний вклад у викиди від стаціонарних джерел вносять підприємства Держхіму, Держнафтогазу, Мінпромислової політики, Міненерго.

Основна частина забруднюючих речовин, викинутих у повітряний басейн протягом 2014р., потрапила від усіх видів транспорту – 129,1 тис.т, у тому числі від автотранспорту – 110,9 тис.т, авіаційного, залізничного, водного та виробничої техніки – 18,2 тис.т. [13; 52].

Основними токсичними інгредієнтами, якими забруднювалось повітря під час експлуатації рухомих транспортних засобів, були оксид вуглецю (71,2%, або 91,9 тис.т), сполуки азоту (14,0%, або 18,0 тис.т), НЛОС (11,3%, або 14,5 тис.т), речовини у вигляді суспендованих твердих частинок (1,7%, або 2,3 тис.т), сполуки сірки (1,5%, або 1,9 тис.т), метан (0,3%, або 0,4 тис.т). 69,8% сумарних

обсягів забруднюючих речовин – 90,1 тис.т, надійшло у повітря від автомобілів, що перебували у приватній власності населення [13].

Негативний вплив на довкілля області мали викиди забруднюючих речовин у повітря, які утворювались внаслідок виробничої діяльності підприємств. Від стаціонарних джерел забруднення протягом 2020р. у повітряний басейн надійшло 23,2 тис.т забруднюючих речовин. Порівняно з 2019р. викиди в атмосферу зменшились на 3,0 тис.т (або на 11,5%) [13].

У складі викинутих забруднюючих речовин 9,9 тис.т (42,4%) метану, 4,8 тис.т (20,6%) оксиду вуглецю, 3,5 тис.т (15,1%) сполук азоту, 2,4 тис.т (10,4%) речовин у вигляді суспендованих твердих частинок, 1,2 тис.т (5,1%) діоксиду та інших сполук сірки, 1,3 тис.т (5,7%) неметанових летких органічних сполук, 0,1 тис.т (0,7%) металів та їх сполук [13].

Щільність викидів від стаціонарних джерел у розрахунку на 1 км² території області склала 697 кг забруднюючих речовин, у середньому на одну особу населення припадає 10 кг. Однак у містах цей показник значно перевищує середній по області. Зокрема, у м.Южне обсяги викидів у розрахунку на 1 км² були більшими у 336,6 разів, а на одну особу населення – у 8,3 раза, у м.Одеса – відповідно у 92,7 раза та на 6,2%, у м.Іллічівськ - у 67,0 разів та в 1,7 раза, у м.Котовськ – у 49,7 раза та у 2,2 раза, у м.Ізмаїл – у 34,2 раза та в 1,8 раза [13].

Екологічна обстановка у багатьох районах м.Одеса продовжує залишатися незадовільною, а концентрація деяких шкідливих речовин перевищує граничнодопустимі.

Серед численності метеорологічних факторів найбільший вплив на ступінь забруднення повітряного басейну чинить режим вітру, вологість та температурна стратифікація. В Одеському регіоні переважними є вітри з північною складовою, повторюваність яких складає близько 46%. У весняно-літній період збільшення повторюваності південних напрямків вітру обумовлено бризовою циркуляцією, яка чинить значний вплив на потенціал забруднення атмосфери в Одеському регіоні.

Велику роль у формуванні рівня забруднення атмосфери протягом року грають приземні та піднесені інверсії температури. Повторюваність приземних інверсій максимальна у лютому і травні у нічні часи (70-73%). У січні, листопаді підвищена повторюваність піднесених інверсій (74-85%). Під ними накопичується забруднене повітря, і місто опиняється як «шапкою» зачинене для надходження чистого повітря. У травні 33% застоїв; повторюваність туманів найбільша у лютому (19%) та березні (12%) [13].

У 2018 р. обсяг витрат на здійснення повітроохоронних заходів підприємствами області склав 99,7 тис.грн., що сприяло зменшенню надходжень забруднюючих речовин у повітряний басейн на 4,5 т.

Протягом 2018р. в атмосферу України надійшло 5,2 млн.т забруднюючих речовин від стаціонарних та пересувних джерел забруднення, що на 22,8% менше, ніж у 2017р.

Основні речовини, забруднюючі повітря України – оксид вуглецю (43,0%, або 2230,6 тис.т), сполуки сірки (21,3%, або 1105,8 тис.т), метан (11,3%, або 585,7 тис.т), сполуки азоту (10,7%, або 555,1 тис.т), НЛОС (5,2%, або 269,8 тис.т) [13].

Майже половина сумарної кількості викинутих забруднень в атмосферу країни потрапило від областей – Донецької (1138,5 тис.т, або 22,0%), Дніпропетровської (1037,1 тис.т, або 20,0%), Запорізької (296,6 тис.т, або 5,7%) [13; 34; 64].

Якість морської води. З урахуванням еколого-санітарної класифікації поверхневих вод більшу частину акваторії Одеського регіону влітку можна оцінити як дуже забруднену (74% акваторії), забруднену (21%) та задовільно чисту (5%).

Води Чорного моря в межах Одеської області знаходяться під впливом значної кількості джерел антропогенного забруднення, до яких відносяться [13; 34; 64]:

- стік річок, каналізаційні, господарсько-побутові і промислові скиди, зливові і дренажні стоки, змив добрив і пестицидів з полів, атмосферні опади;
- судноплавство, діяльність портів, гідротехнічне будівництво, днопоглиблення і дампінг ґрунтів, абразійне руйнування берегів, а також вторинне забруднення – надходження з донних відкладів накопичених забруднюючих речовин.

Основні екологічні проблеми чорноморських вод, у тому числі Одеської області пов'язані з їх евтрофуванням внаслідок «біогенного забруднення» та забрудненням токсичними речовинами, у першу чергу за рахунок аварійних ситуацій пов'язаних з розливом нафти і нафтопродуктів.

Евтрофікація призводить до «цвітіння» води, зменшення прозорості, формування у теплий період року в придонному шарі зон гіпоксії і аноксії вод, що призводить до загибелі придонного та донного біоценозу.

Забруднюють акваторію Одеської затоки також дві міські каналізаційні станції біологічного очищення. СБО «Північна» скидає в море близько 70% стоків (взимку - в море, влітку - в Хаджибейський лиман). Інша частина стоків з

СБО «Південна» скидається в море постійно. Глибоководний випуск довжиною 4,3 км коштував 585 млн. грн. і призначений для скидання 400 тис. м³ каналізаційних та стічних вод на добу, але це вирішення питання на певний час - необхідно здійснювати глибоке очищення стоків [34].

Проблема забезпечення питною водою Одеської області є однією із найважливіших в даний час - за санітарно-хімічними показниками понад 15% водопровідних мереж не відповідали санітарним нормам, станом на 2018 році (в наступні роки ситуація лише погіршувалась). На території Одеської області налічується 121 підприємство, які скидають стічні води в поверхневі водойми, у тому числі 24 господарства, які здійснюють скид в канали зрошувальних систем. Затверджені проекти норм ГДС забруднюючих речовин мають 72 підприємств, у 49 підприємств проекти ГДС відсутні [34].

Основним джерелом води для м. Одеси та Одеської області в цілому є Дністровська система водопостачання та артезіанські води. Питне водопостачання області майже на 80 % забезпечується за рахунок поверхневих джерел, тому якість води у поверхневих водних об'єктах є вирішальним чинником санітарного та епідеміологічного благополуччя населення. Викиди шкідливих речовин у води несприятливо впливають на здоров'я. Хвороби, в основному, виникають при хронічному надходженні до організму речовин з кумулятивною токсичною дією, наприклад, важких металів або канцерогенних сполук. Високі показники бактеріального та хімічного забруднення джерел господарсько-питного водопостачання з відкритих водойм р. Дністер, р. Дунай та оз. Ялпуг підвищуються завдяки аварійним ситуаціям зі скидом шкідливих речовин з територій прикордонних країн, а бар'єрна функція водоочисних споруд не відповідає класу джерел водопостачання.

Станом на 01.01.2021, за інформацією районних державних адміністрацій, на території Одеської області загальна протяжність водопровідних мереж складає 9130,01 км., у тому числі в аварійному та зношеному стані 3583,58 км., загальна протяжність каналізаційних мереж – 1434,56 км., у тому числі в аварійному та зношеному стані – 522,78 км. каналізаційних мереж [34].

Крім того, аналіз епідемічного фону свідчить про наявність умов для поширення бактеріо- і вібріофлори, у зв'язку з чим провідним фактором передачі кишкових ентеровірусних інфекцій та вірусного гепатиту залишаються вода та продукти харчування. Основними забруднювачами поверхневих вод є підприємства житлово- комунального господарства. Скид стічних вод від яких -

124,9 млн. м³ , що складає 58,2 % від загального обсягу скиду. На території Одеської області налічується 212 комплекси каналізаційних очисних споруд загальною проектною потужністю 1557,8 тис. м³ /добу, з них 80 – розташовані на базах відпочинку, в санаторіях та пансіонатах у рекреаційній зоні Білгород – Дністровського та Одеського районів. Із загальної кількості очисних споруд близько 28,6% знаходяться у незадовільному санітарно- технічному стані, а саме: каналізаційні очисні споруди Білгород-Дністровського, Болградського, Одеського та Подільського району. Потребують реконструкції каналізаційні очисні споруди Одеського району, Подільського, Роздільнянського та Білгород-Дністровського району тощо.

Слід зазначити, що очисні споруди та каналізаційні мережі були побудовані у 70-80 роках минулого століття, на сьогодні вони морально та фізично застарілі і не відповідають сучасним вимогам, аварійні ситуації на лініях каналізаційних мереж своєчасно не ліквідуються, не ведуться поточні та капітальні ремонти очисних споруд, відсутній постійний контроль за їх роботою, що призводить до забруднення земель і підземних водоносних горизонтів, передаються на баланс сільських рад, які не мають коштів на ремонт та належну їх експлуатацію. У останні роки існує тенденція збільшення концентрації забруднюючих речовин (особливо азотної групи, фосфатів, СПАР) на вході очисних споруд вище проектних показників, що призводить до перевищення концентрацій нормативних показників на виході з очисних споруд [34].

На території Одеської області налічується 212 комплексів каналізаційних очисних споруд загальною проектною потужністю 1557,8 тис.м³/добу, з них 80 - розташовані на базах відпочинку, санаторіях та пансіонатах у рекреаційній зоні Білгород-Дністровського, Овідіопольського, Комінтернівського та Татарбунарського районів. З загальною кількістю каналізаційних очисних споруд 26,5 % знаходиться у незадовільному санітарно-технічному стані [13].

Однією з головних причин такого становища є те, що очисні споруди та каналізаційні мережі були побудовані у 70-80 роках минулого століття, на даний час вони морально та фізично застарілі і не відповідають сучасним вимогам. Аварійні ситуації на лініях каналізаційних мереж своєчасно не ліквідуються, не ведуться поточні та капітальні ремонти очисних споруд, відсутній постійний контроль за їх роботою, що призводить до забруднення земель і підземних водоносних горизонтів.

У великих приморських містах все ще існує загальносплавна мережа для відведення зливових та талих вод, яка має єдину водовідвідну мережу,

призначену для відведення стоків усіх видів: побутових, виробничих, зливових і талих. Під час сильних дощів частина суміші виробничо-побутового і дощового стоку скидається у морські води через аварійні зливовипуски. Зливові та талі води із значними концентраціями забруднюючих речовин надходять до загальносплавних колекторів глибокого залягання, де змішуються з нечищеними стічними господарсько-фекальними та промисловими водами. При цьому, загальний обсяг змішаних вод настільки сильно зростає, що відвести цю суміш на очисні споруди неможливо і тому основна кількість не очищених стічно-зливових вод скидається безпосередньо до Чорного моря [13].

У багатьох містах комунікації комунальних колекторів знаходяться у критичному стані, що призводить до виникнення частих аварійних ситуацій на них. За 2017-2018 роки мали місце аварії: розлив паливно-мастильних матеріалів на території акваторії 86 км р. Дунай; скид неочищених стічних вод в районі пляжу «Аркадія», м. Одеса; розлив нафтопродуктів у акваторії порту м. Рені; розлив нафтопродуктів у районі затоплення т/х «Н. Бауман», гирло р. Дунай; вибух на яхті у м. Одесі на пляжі «Отрада»; замор бичка у Тилігульському лимані; скид зворотних вод біля яхт-клубу «Совіньон»; розлив масла в акваторії Малого Аджаликського лиману; розлив нафтопродуктів в акваторії Малого Аджаликського лиману; скупчення водоростей на узбережжі с. Приморське Кілійського р-ну; виток аміаку на судні «Гас Каламбія», порт «Южний»; розлив нафтопродуктів в акваторії Малого Аджаликського лиману (відібрано та проаналізовано 6 проб морської води на вміст нафтопродуктів); розлив нафтопродуктів в акваторії Сухого лиману [34].

Високий ступінь мінералізації питної води, який спостерігається в південній частині України, дає певний внесок в захворюваність хворобами шлунково-кишкового тракту, в т.ч. гастритами, жовчно-кам'яною та сечокам'яною хворобами [4].

Окрім цього, Одеська область – характеризується розвинутою мережею міжнародних морських і річкових портів, аеропортів, залізничних шляхів та автомобільних трас, по території регіону проходить державний кордон з сусідніми країнами. Територія області є одним з пунктів на шляху міграції (в тому числі – нелегальної) із країн, в яких реєструються небезпечні інфекційні захворювання, тому існує реальна загроза заносу та розповсюдження збудника холери та інших небезпечних інфекційних хвороб.

Аналіз спалахів холери у світі показує можливість виникнення епідемічних ускладнень при включенні в епідемічний ланцюг масових факторів

передачі – води, продуктів харчування. Тому важливою ланкою в системі санітарної охорони території є постійна готовність лікувально-профілактичних закладів та закладів держсанепідслужби до своєчасного виявлення хворих, їх ізоляції і лікування, проведення комплексу протиепідемічних та профілактичних заходів.

На виконання наказу МОЗ України від 17.05.2001 р. № 188 «Про зміну обсягу досліджень на холеру», «Комплексного Плану з попередження занесення та розповсюдження на території області високо контагіозних особливо небезпечних інфекцій на 2017-2022рр.» в області проводились обстеження на холеру людей з дисфункцією кишечника (Таблиця 2.1.) [13].

Таблиця 2.1

Обстеження на холеру об'єктів довкілля в епідемічний сезон 2020 року у порівнянні з 2019 роком [13]

Найменування об'єктів довкілля	2019				2020			
	Досліджено	Виділено холерних вібріонів			Досліджено	Виділено холерних вібріонів		
		01 групи	не 01 групи			01 групи	не 01 групи	
			Кількість	%			Кількість	%
Вода морська	560		9	1,6	594		45	7,6
Вода питна	4	-	-	-	3	-	-	-
Вода прісних водоймищ	464		70	15,1	375	-	65	17,3
Вода стічна	727	-	9	1,2	707		7	1,0
В т. ч. стічна вода інфекційних стаціонарів	483		-	-	509		2	0,4
Харчові продукти	6	-	-	-	-		-	
Інші	1	-	-	-	5	-	-	-
Всього	1762	-	88	5,0	1684		117	6,9

Загальна кількість обстежених хворих з дисфункцією кишкового тракту, в 2020 р. зросла на 31%. Всього обстежено 10369 осіб, що становить 97,2% від кількості виявлених хворих на ГКІ. Хворих на холеру не виявлено. У порівнянні з 2019 роком загальна кількість випадків гострих кишкових інфекцій, викликаних неаглютинуючими холерними вібріонами, також зросла на 42,9%. Зареєстровано 14 (2019 р.- 8) випадків гострих кишкових інфекцій, викликаних неаглютинуючими холерними вібріонами (*V cholerae* non 01) та 7 випадків захворювання, викликаних вібріонами парагемолітікус та алгенолітікус [13].

За факторним аналізом всі захворювання пов'язані з купанням у морі, вживанням в їжу малосольної риби та морепродуктів та недотриманням правил особистої гігієни.

Захворюваність за віком розподілилась наступним чином: 1-4 роки – 3; 5-9 років – 1; 10-14р. – 1; 21-30р. – 5; 31-40р. – 4; 41-50р. – 3; 61-70р. – 2; старше 70 років - 2. Летальних випадків не було.

Основними факторами антропогенного впливу в Одеській області на навколишнє середовище є скиди забруднених стічних вод у природні поверхневі водні об'єкти, викидишкідливих речовин в атмосферу, забруднення ґрунтів та тверді відходи промислових підприємств. За інформацією Територіального управління Держпромгрінагляду по Одеській області на 01.01.2020 р. в області налічувалося 609 об'єктів підвищеної небезпеки [13].

Станом на 01.01.2019 на території Одеської області налічувалося 119 підприємств, які скидають стічні води в поверхневі водойми, у тому числі 24 господарства, які здійснюють скид в канали зрошувальних систем. Основними забруднювачами є: ТОВ «Інфокс», КП «Білгород-Дністровськводоканал», КП «Водоканал» м. Арциз, КВЕП «Котовськводоканал» та інші [13].

Таким чином, проведений аналіз показав, що основні чинники та критерії для визначення найважливіших екологічних проблем, у тому числі, що пов'язані із: низькою забезпеченістю населення сільських районів якісною питною водою, незадовільний екологічний стан басейнів річок Дністер і Дунай, які є основними джерелами водопостачання регіону, будівництвом нафтоналивного терміналу біля населеного пункту Джурджулешти (Республіка Молдова), скидами забруднюючих речовин у транскордонні водотоки з території Республіки Молдова, Румунії, незадовільним станом каналізаційних очисних споруд, проблемою утворення, зберігання, утилізації та знешкодження токсичних (небезпечних) відходів, незадовільною санітарно-екологічною ситуацією озера Сасик та прилеглих територій, Придунайських озер, екологічною проблемою, пов'язаною з експлуатацією ЗАТ Молдавська ДРЕС, деградацією приморських рекреаційних зон, прогресуючим підтопленням територій, розповсюдженням зсувних процесів, високим рівнем забруднення атмосферного повітря викидами від автомобільного транспорту. Визначення найважливіших екологічних проблем [13]:

– забруднення атмосфери викидами забруднюючих речовин від промислових підприємств та автотранспорту;

- забруднення водних об'єктів скидами забруднюючих речовин із зворотними водами промислових підприємств, підприємств житлово-комунального господарства;
- забруднення підземних водоносних горизонтів;
- порушення гідрологічного та гідрохімічного режиму малих річок області;
- підтоплення земель та населених пунктів регіону;
- проблеми щодо поводження з відходами I-III класів небезпеки;
- поширення екзогенних геологічних процесів [13].

Соціально-економічні та природні особливості Одеської області обумовлюють специфіку діяльності санітарно-епідеміологічного нагляду, необхідність корегування напрямків держсаннагляду та посилення окремих його галузей.

2.2. Демографічна ситуація та стан здоров'я населення Одеської області

Згідно розрахункових даних чисельність наявного населення Одеської області станом на 1 січня 2021р. склала 2368,107 тис. осіб, що становило 5,69% усього населення України. Протягом 2020 року на території області народилося 20 555 немовлят, померло 34 809 осіб. Природне скорочення населення становило 14 254 осіб, що на 17,29% більше, ніж за 2019 рік (-12 153 осіб). Міграційний приріст за цей період склав 5131 осіб (+2,17 на 1000), що на 43,46% менше, ніж за 2019 рік (+5131). Найбільше зростання кількості населення за рахунок міграційного руху протягом січня-жовтня 2020 року спостерігалось у місті Одеса (+ 3167), Овідіопольському (+ 1968) та Лиманському (+ 984) районах.

За січень-квітень 2021 року населення області скоротилось на 6451 особу і на 1 травня становило 2 361 656 осіб. Кількість живонароджених за цей період — 6118 осіб, померлих — 14 412 осіб, прибулих — 8458, вибулих — 6615 осіб.

За площею, яка дорівнює 33,3 тис.км², Одеській регіон найбільший серед усіх регіонів країни. Територія області склала 5,5% території України.

На кожний км² території області припало 68 осіб, що менше даних показника щільності населення в Україні, який становив 75,3 особи на 1км²

23 січня 2020 року міністр Кабінету міністрів Дмитро Дубілет оприлюднив оцінку чисельності населення України на 1 грудня 2019 року, отриману за комбінованим методом[9][10][11]. Згідно з отриманими даними в Одеській області наявне населення становило 2347,9 тис. осіб (1104,8 тис. чоловіків і 1243,1 тис. жінок)..

Таблиця 2.2

Народи з чисельністю більше 1000 осіб (тис. Осіб і %) станом на 2001 рік ^[24]					
Українці	1542,3	62,8	Поляки	3,2	0,1
Росіяни	508,5	20,7	Німці	2,9	0,1
Болгари	150,7	6,1	Грузини	2,8	0,1
Молдовани	123,8	5,0	Азербайджанці	2,8	0,1
Гагаузи	27,6	1,1	Татари	2,6	0,1
Євреї	13,4	0,6	Греки	2,1	0,1
Білоруси	12,8	0,5	Албанці	1,9	0,1
Вірмени	7,4	0,3	Араби	1,3	0,1
Цигани	4,0	0,2	Інші національності	45,6	1,9

Таблиця 2.3

Райони області													
№	Назва району	Площа району, км ²	Населення, осіб	Щільність населення, осіб/км ²	Населені пункти				Територіальні громади				Адм. устрій
					міста	с/мт	села та с-ща	всього	к-ть громад	міські	селищні	сільські	
1	Березівський район	5551,6	109402	19,71	1	6	219	226	16	1	4	11	Адм. устрій
2	Білгород-Дністровський район	5220,6	201396	38,57	2	3	129	134	16	2	2	12	Адм. устрій
3	Болградський район	4559,4	148978	32,67	2	4	93	99	10	2	2	6	Адм. устрій
4	Ізмаїльський район	3434,4	215113	62,63	4	1	47	52	6	4	1	1	Адм. устрій
5	Одеський район	3922,8	1375838	376,36	5	9	141	155	22	5	6	11	Адм. устрій
6	Подільський район	7063,6	229863	32,54	4	5	290	299	12	4	5	3	Адм. устрій
7	Роздільнянський район	3564,4	104163	29,22	1	5	203	209	9	1	5	3	Адм. устрій

Станом на 1 січня 2021 року міське населення становило 1 млн. 591 тис. 976 осіб, що становить 67,23%. Його кількість, у порівнянні з даними 2001 року скоротилась на 2,01%. Найбільшими містами Одещини є Одеса, Ізмаїл та Чорноморськ.

Чисельність наявного населення на початок 2020р. у порівнянні з даними на 1 січня 2019р. збільшилась у 6 містах обласного значення та у 7 районах області. Водночас, у м.Ізмаїл та у 19 районах вона, навпаки, зменшилась

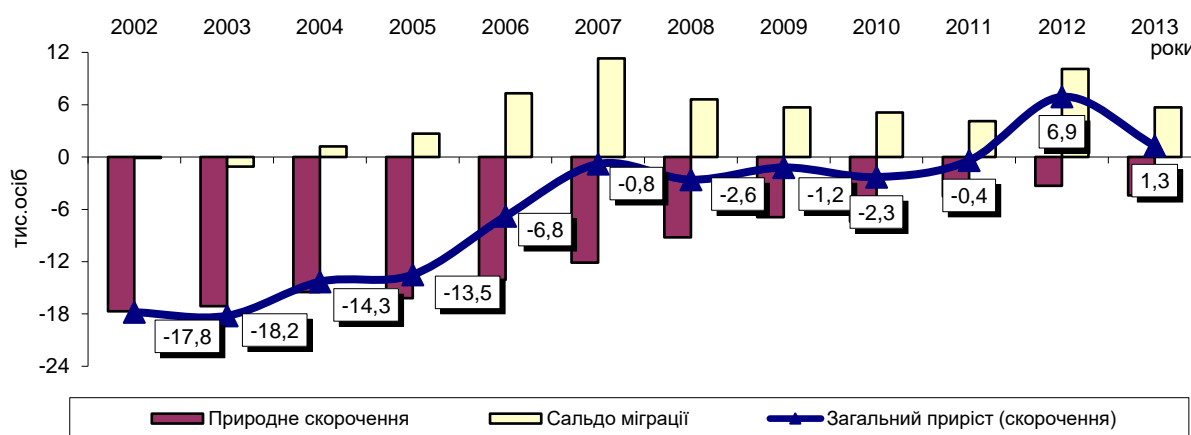
Показник загального приросту міського населення області становив 1,1 особи на 1000 жителів, у той час як у сільській місцевості відмічене загальне скорочення – 0,4‰ [13].

Таблиця 2.4

Розподіл наявного населення за типом місцевості, на початок року ^[12]													
Регіон	Одеська область												
Рік	1995	2002	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Населення — всього, осіб													
Міська та сільська місцевості	2606500	2469000	2388670	2388297	2395160	2396493	2396442	2390289	2386516	2383075	2380308	2377230	2368107
міська місцевість	1716800	1624600	1594814	1594978	1602123	1603792	1603106	1597346	1595708	1594905	1595493	1597062	1591976
сільська місцевість	889700	844400	793856	793319	793037	792701	793336	792943	790808	788170	784815	780168	776131
Частка в населенні регіону, %													
Міська та сільська місцевості	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
міська місцевість	65,9	65,8	66,8	66,8	66,9	66,9	66,9	66,8	66,9	66,9	67,0	67,2	67,2
сільська місцевість	34,1	34,2	33,2	33,2	33,1	33,1	33,1	33,2	33,1	33,1	33,0	32,8	32,8

Чисельність населення формується під впливом дії трьох факторів: природного руху населення, міграційного (механічного) руху населення та адміністративно-територіальних перетворень (АТП). За роки після перепису населення в області не було адміністративно-територіальних перетворень, які мали змінити тенденцію щодо чисельності населення, тому вона формувалася тільки за рахунок природного приросту (скорочення) та сальдо міграції (Рис.2.1) [13].

Рис. 2.1 Формування змін чисельності населення Одеської області [65]



У 2013-2020рр. природне скорочення населення, має стійкий вплив на формування чисельності населення. Вперше в Одеській області природний приріст змінився на скорочення у 1991р. У 2002р. рівень природного скорочення у розрахунку на 1000 жителів досяг найбільшого значення – 7,2 особи. У подальші роки, за винятком 2005р. та 2010р. спостерігалось його поступове зменшення. У 2019р. показник природного скорочення (у розрахунку на 1000 осіб) становив 1,9‰, при середньому по Україні – 3,5‰ [13; 65].

Рівень природного скорочення у міських поселеннях та сільській місцевості склав 1,8‰. Природне скорочення зафіксовано у 17 районах та 3 містах обласного значення та Білгород-Дністровській і Іллічівській міськрадах. Природний приріст населення спостерігався у м.Теплодар (8,4‰), м.Южне та Біляївському районі (1,7‰), Фрунзівському, Роздільнянському та Іванівському районах (1,0‰), Тарутинському районі (0,9‰), Великомихайлівському районі (0,6‰), Ізмайльському та Овідіопольському районах (0,3‰), Саратському районі (0,1‰) [13; 65].

Міграція виступила в якості фактору, що стримувала скорочення населення. Чисельність населення області збільшилась виключно за рахунок міграції. Міграційний приріст склав 5,8 тис. осіб.

Загальна кількість прибулих (з урахуванням внутрішньої міграції) склала 37,1 тис. осіб, що на 13,1% менше, ніж у попередні роки. Інтенсивність прибуття зменшилась з 17,9 особи на 1000 жителів до 15,5‰. У той же час, кількість вибулих склала 31,4 тис. осіб і у порівнянні з 2019р. зменшилась на 3,9%. Інтенсивність вибуття у порівнянні з 2019р. зменшилась з 13,6 особи на 1000 жителів до 13,1‰. Показник інтенсивності міграційного приросту склав 2,4 особи на 1000 жителів проти 4,2‰ у 2019р/д [13; 65].

Порівняно з 2019р. у цілому по Україні кількість прибулих у країну на постійне проживання зменшилась з 76,4 тис. до 54,1 тис. осіб, а кількість вибулих збільшилась з 14,6 тис. до 22,2 тис. осіб. Крім Одеської області, ще у 9 регіонах країни був зареєстрований міграційний приріст населення, в решті регіонів – міграційне скорочення. У середньому по Україні рівень міграційного приросту становив 0,7 особи на 1000 жителів. Одеська область виділяється високою інтенсивністю цього показника і за його значенням поступилася тільки місту Києву (6,4‰), Київській області (5,9‰).

Після різкого падіння народжуваності протягом 90-х років, на початку XXI сторіччя намітилася стійка позитивна тенденція до її зростання, яка продовжилася до 2012р. [13; 65].

У 2013р. в області народилось 29,1 тис. дітей, що на 1,3 тис. дітей менше, ніж у 2012 р. Показник народжуваності склав 12,1 особи на 1000 жителів (при середньому по Україні – 11,1‰) проти 12,7‰ у 2012р. Рівень народжуваності в Одеській області поступився відповідному показнику у Рівненській (15,1‰), Закарпатській (14,7‰), Волинській (14,0‰), Чернівецькій (12,6‰) областях та Автономній Республіці Крим (12,2‰) [13; 65].

Народжуваність у сільській місцевості традиційно вища, ніж у міських поселеннях (14,7‰ проти 10,9‰). Рівень народжуваності характеризувався значними відмінностями по окремих містах та районах області від 9,6‰ у м.Одеса до 18,4‰ у Іванівському районі.

На рівень народжуваності позитивно впливало збільшення питомої ваги жінок віком 15–49 років у загальній їх чисельності. Так, за даними перепису 1989р. цей показник складав 44,8%, за переписом 2001р. – 49,4%, на початок 2008р. – 49,5%. Але протягом останніх років цей показник почав поступово зменшуватися. Так, на початок 2009р. відсоток жінок вікової групи 15–49 років скоротився до 49,2%, на початок 2010р. – до 48,7%, на початок 2011р. – 48,2%, на початок 2012р – 47,7%, на початок 2013р. – 47,2%, %, на початок 2014р. – 46,6%. Зменшення питомої ваги жінок дітородного віку негативно вплинуло на рівень показника народжуваності [13; 65].

У 2018р. частіше всього народжували дітей жінки у віці 25–29 років. Питома вага дітей, народжених жінками цього віку, склала 33,7%. Найвищий показник плідності жінок у 2018р. спостерігався у віковій групі 25–29 років – 100,8 народжених на 1000 жінок відповідного віку. Інтенсивність народжуваності у жінок віком 20–24 роки дещо менша – 90,4‰, у 30–34 роки – 68,8‰, у 35–39 років – 32,4‰. У минулому році 1,9 тис. дітей з'явилося на світ у матерів віком 15–19

років (31,2 народжених на 1000 жінок відповідного віку), з них 6 немовлят народилось у жінок молодше 15 років. У 2013р. у порівнянні з 2002р. народжуваність збільшилася у всіх вікових групах, особливо у віці 40–44 років – у 3,0 раза, 35–39 роки – у 2,7 раза, 30–34 роки та 45–49 – у 2,0 раза [13; 65].

Спеціальний коефіцієнт народжуваності (кількість народжених на 1000 жінок у віці 15–49 років) склав у 2018р. 49,0 проти 32,9 у 2002р. Сумарний коефіцієнт народжуваності (скільки в середньому змогла б народити дітей жінка протягом усього життя при збереженні у кожному віці існуючого рівня народжуваності) за цей час збільшився з 1,2 у 2002р. до 1,7 у 2018р. Це свідчить, що жінки частіше схиляються до рішення мати більш ніж одну дитину. Питома вага первістків у загальній кількості народжених зменшилась з 56,7% у 2002р. до 46,3% у 2018р. У той час як питома вага других дітей збільшилась відповідно з 32,3% до 35,0% [13; 65].

Характерною рисою сучасних сімейних відносин в українському суспільстві є розповсюдження консесуальних (незарєєстрованих) шлюбів, в результаті чого росте частка дітей, народжених поза шлюбом.

У 2018 році в області 73,0% дітей народжені жінками, що перебували у зарєєстрованому шлюбі. Проте, питома вага позашлюбних народжень зросла, якщо у 2002 році їх частка становила 23,4%, то у 2018 році – вже 27,0%.

Народжуваність в певній мірі залежить від формування відносин в статевих групах населення, які характеризуються показниками шлюбності та розлучуваності.

За даними поточної статистики упродовж 2018р. в Одеській області було зарєєстровано 16,1 тис. шлюбів. Їх кількість у порівнянні з 2012р. збільшилась на 1,1 тис. одиниць. Інтенсивність вступу до шлюбу у 2018р. становила 6,7 одиниці на 1000 жителів проти 6,3 одиниці у 2012р. [13; 65].

У 2018р. за даними органів державної реєстрації актів цивільного стану зарєєстровано 2,5 тис. одиниць розлучень. Кількість розлучень у розрахунку на 1000 жителів склала 1,0 одиниць проти 1,2% у 2012р.

Додатково: за даними Державної судової адміністрації України у 2018р. по області судами першої інстанції було розглянуто 6277 справ про розірвання шлюбу позовного провадження із задоволенням позову та 33 справи про розірвання шлюбу окремого провадження із задоволенням заяви [13; 65].

Здоров'я населення є однією з головних умов соціального добробуту і успішного економічного зростання, збільшення тривалості активного життя, поліпшення демографічної ситуації.

Незважаючи на те, що установи охорони здоров'я вживають певні заходи щодо покращання здоров'я населення, рівень захворюваності залишається високим.

За даними управління охорони здоров'я та медицини катастроф Одеської обласної державної адміністрації у 2018р. закладами охорони здоров'я в області зареєстровано 1717,9 тис. випадків захворювань з вперше в житті встановленим діагнозом, що на 9,8% більше, ніж у 2010р. На 100 тис. населення було уперше зареєстровано 72036 випадки захворювань (по Україні – 68473 випадків). Порівняно з 2012р. загальна захворюваність населення зменшилась на 1,6% [13; 65].

Цукровий діабет займає третє місце за розповсюдженістю серед неінфекційних хвороб, які призводять до інвалідності та смертності. У 2018 році зареєстровано 38184 хворих на цукровий діабет (у 2012 році – 37551 хворий, у 2015 році – 38276 хворих). Вперше це захворювання діагностовано у 1837 осіб. Серед загальної кількості хворих 13% складають хворі на інсулінозалежну форму діабету [13; 65].

Станом на 01 січня 2019 року на диспансерному обліку в лікувально-профілактичних установах міста перебувають 5404 хворих інсулінозалежною формою цукрового діабету (у 2014 році – 4717 хворих, у 2015 році – 4910 хворих), у тому числі дітей та підлітків – 192 [13; 65].

Близько 46 % хворих мають важкі ускладнення діабету, які призводять до втрати працездатності, погіршення стану здоров'я.

Протягом останніх років вказана категорія хворих забезпечується високоякісними та високовартісними інсулінами у повному обсязі за рахунок коштів державного бюджету та бюджету міста Одеси.

Наслідком 100% забезпечення хворих на цукровий діабет інсулінами є зменшення ускладнень цукрового діабету у вигляді діабетичної гангрени, діабетичної нефропатії та ретинопатії.

Сучасні наукові та статистичні дані свідчать про наявність негативних тенденцій захворюваності на рак передміхурової залози в Україні та Одеському регіоні. Так, за останні 10 років відповідний показник захворюваності в країні збільшився з 21,0 до 36,4 на 100 тис. населення. У м. Одесі цей показний виріс з 19,8 до 45,1 на 10 тис. населення у 2018 році. У той же час, показники смертності серед хворих на рак передміхурової залози зросли з 11,3 до 16,3 та з 10,0 до 17,9 на 100 тис. населення відповідно. Верифікація діагнозу у хворих на рак передміхурової залози забезпечується скринінговим обстеженням контингенту

вперше виявлених пацієнтів з доброякісною гіперплазією передміхурової залози [13; 65].

Згідно зі статистичними даними у 2018 році в м. Одесі вперше було зареєстровано більше ніж 1648 хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (2014 рік – 1861 хворий та 2015 рік – 1721 хворий). У той же час, на диспансерному обліку знаходиться 4085 пацієнтів із зазначеною патологією [13; 65].

Важливим компонентом такого обстеження є визначення вмісту в крові хворих простат-специфічного антигену (ПСА). ПСА є найбільш інформативним пухлинним маркером, дослідження якого у сироватці крові необхідне для диференціальної діагностики доброякісної гіперплазії і раку передміхурової залози.

Викликає занепокоєння тенденція до погіршення стану здоров'я молоді, збільшення частоти соціально небезпечних хвороб, у тому числі туберкульозу та ВІЛ/СНІДу, розладів психіки тощо. Значна кількість проблем виникає через недостатній рівень впровадження високотехнічних медичних технологій [13; 65].

Поширення туберкульозу становить загрозу національній безпеці країни, є однією з причин втрати працездатності, здоров'я, причиною інвалідності та смертності населення, свідчить про проблеми бідності, соціальної нерівності та потребує постійного збільшення обсягу видатків.

У 2014 році показник захворюваності на туберкульоз склав 77,3 на 100 тис. населення, у 2015 році – 81,3 та у 2016 році – 91,6 на 100 тис. населення. Смертність від цієї недуги становила у 2012 році – 9,9 випадків на 100 тис. населення, у 2015 році – 10,4, у 2016 році – 6,6. Зареєстровано збільшення показника захворюваності на резистентні форми туберкульозу. У 2014 році показник склав 21,5 на 100 тис. населення, у 2015 році – 19,3, у 2016 році – 31,5 [13; 65]. В період КОВІД-19 реєстрація нових випадків туберкульозу значно зменшилася.

Особливу небезпеку становить поєднання туберкульозу з ВІЛ-інфекцією. Питома вага таких хворих серед осіб із вперше діагностованим туберкульозом склала у 2014 році – 34,3 %, у 2015 році – 33,4 %, у 2016 році – 39,8 %. Протягом 2016 року в протитуберкульозному диспансері амбулаторно отримували лікування більше 1800 хворих мешканців міста Одеси [13; 65].

Багаторічна спільна робота комунальних закладів охорони здоров'я міста Одеси та неурядових організацій з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу дала певні позитивні результати. Насамперед, стабілізувався показник виявлення

ВІЛ-інфекції серед мешканців міста, з 2008 року він не перевищує 3 %, а серед обстежених вагітних – не більш як 0,6 %. Коефіцієнт передачі ВІЛ від ВІЛ-інфікованої матері до дитини за 2016 рік склав 4,64 % [13; 65].

Разом з тим, показники поширеності ВІЛ-інфекції серед мешканців міста перебільшують у 3 рази показники по Україні та у 1,5 рази по області, показники поширеності СНІДу перебільшують у 2,8 рази по Україні, 1,3 рази по області, показники смертності від СНІДу перебільшують в 1,5 рази по Україні, але знаходяться на рівні показника по Одеській області (13,1 та 13 відповідно). Проте необхідно відмітити, що за останні 5 років ці показники значно зменшилися [13; 65].

Щорічно у місті Одесі реєструється понад 800 осіб із встановленим діагнозом «ВІЛ-інфекція». Переважно це люди молодого, працездатного та репродуктивного віку.

З 2007 року в місті спостерігається тенденція поступового збільшення питомої ваги статевого шляху передачі ВІЛ. У 2018 році на статевий шлях інфікування ВІЛ припало 68 % [13; 65].

Кількість хворих на психічні розлади в м. Одесі складає 25 осіб на 10 тис. населення, при цьому по Україні – 23 особи на 10 тис. населення. Останніми роками спостерігається зростання кількості осіб, які страждають на психічні розлади. Лікування психічно хворих із загостренням чи декомпенсацією психічного стану потребує проведення активної терапії, щоденного лікарського нагляду та не потребує обов'язкової госпіталізації. Лікування таких хворих доцільно проводити в умовах денного стаціонару у спеціалізованому психіатричному закладі охорони здоров'я, що дозволить отримувати пацієнтами не тільки спеціалізовану психіатричну допомогу, а і соціально-правову, психологічну, реабілітаційну допомогу, а також надасть особам можливість вчасного та обґрунтованого отримання ними направлення на проведення медико-соціальної експертної комісії з метою встановлення групи інвалідності [13; 65].

У структурі неврологічних захворювань превалюють перинатально обумовлені ураження центральної нервової системи, дитячий церебральний параліч, епілепсія та епілептичні синдроми, інфекційні хвороби центральної нервової системи, наслідки черепно-мозкової травми, спадкові захворювання нервової системи, хвороби обміну речовин з ураженням нервової системи. У 75 % випадків початок неврологічної патології співпадає з перинатальним періодом. У зв'язку зі зміною міжнародних критеріїв якості виходжування новонароджених щорічний приріст числа дітей з масою тіла від 500 до 1500 гр.

зростає до 12 %. Майже 60 % дітей-інвалідів мають ураження центральної нервової системи, оскільки не отримали достатнього курсу реабілітаційного лікування у віці до 3-х років [13; 65].

Оснащення дитячих амбулаторно-поліклінічних установ не оновлювалось протягом останніх 25 років, що призводить до застосування морально та технологічно застарілого діагностичного та реабілітаційного обладнання, яке не відповідає сучасним вимогам для проведення діагностичного та лікувального процесу, погіршує якість надання медичної допомоги дітям.

Станом на 01 січня 2019 року під наглядом у дитячих поліклініках перебували 405 соціально неадаптованих родин, в яких виховуються 29 дітей у віці до 1-го року. Не всі родини, які є соціально неадаптованими, можуть отримати статус малозабезпеченої сім'ї у зв'язку з нестачею необхідних документів, що унеможливує отримання дітьми з таких родин безкоштовного дитячого харчування. Видача продуктів дитячого харчування в дитячій поліклініці за висновком спеціальних комісій, до складу яких входять представники центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та органів соціального захисту, надасть можливість покращити якість життя дітей першого року життя шляхом забезпечення їх дитячим харчуванням та врятувати дитину першого року життя від голоду [13; 65].

Залишається стабільно високою кількість жінок фертильного віку, у яких вагітність протікає на тлі екстрагенітальної патології, – до 60 %. Біля 15-17 % вагітних з екстрагенітальною патологією потребують госпіталізації до багатопрофільних установ у зв'язку з високим ступенем ризику виникнення ускладнень.

Рівень перинатальної смертності останніми роками залишається високим. У структурі причин перинатальної смертності більше двох третин займають стани, що виникли під час вагітності та пологів (72 %).

Питома вага інфекційних захворювань, в тому числі з причини інфікування групою TORCH-інфекцій, у структурі перинатальної смертності складає 25-35 % [13; 65].

Впливовим фактором скорочення чисельності населення є смертність. У 2018р. було зареєстровано 33,5 тис. померлих, що на 125 осіб менше, ніж у 2017р. Показник смертності зменшився та склав 14,0 особи на 1000 жителів (при середньому по Україні 14,6‰) проти 14,1‰ у 2015р.

Традиційно смертність жителів сільської місцевості більша, ніж серед жителів міських поселень. У 2018р. показник смертності на селі склав 16,5‰

проти 12,7‰ серед мешканців міських поселень. Серед районів і міст обласного значення у 2018р. смертність коливалась у діапазоні з 6,0‰ у м.Теплодар до 20,6‰ у Котовському районі [13; 65].

Чоловіки помирали частіше, ніж жінки. У 2018р. показник смертності чоловіків у розрахунку на 100 тис. наявного населення відповідної статі склав 1479,7 проти 1328,1 у жінок. Аналіз вікових показників смертності серед чоловіків та жінок свідчить, що у вікових групах від 15 до 59 років смертність чоловіків вища за жіночу в 1,7–2,6 рази.

Середня очікувана тривалість життя при народженні у 2018р. становила у чоловіків 65,9 роки, у жінок – 74,7 року. Якщо для розвинутих країн характерна різниця між очікуваною тривалістю життя чоловіків та жінок майже 7 років, то в області вона склала 9 років.

Основними причинами смерті населення області у 2018р. традиційно залишилися хвороби системи кровообігу, новоутворення та зовнішні причини смерті. У 2018р. в порівнянні з показниками 2017р. смертність у розрахунку на 100 тис. наявного населення від хвороб системи кровообігу склала 899,4 особи проти 895,0. У класі хвороб – новоутворення, відповідний показник становив 197,1 проти 198,4 осіб на 100 тис. населення [13; 65].

Останніми роками показник смертності від зовнішніх причин смертності зменшився і склав 94,3 особи на 100 тис. наявного населення у 2018р. порівняно з 96,7 у 2012р.

При загальній тенденції до зменшення смертності у 2018р. спостерігалось збільшення її показників, у розрахунку на 100 тис. наявного населення у порівнянні з 2017р., від хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму з 0,5 до 0,6; хвороб нервової системи з 17,6 до 17,9; хвороб органів дихання з 34,3 до 36,2; хвороб кістково-язової системи та сполучної тканини з 0,6 до 1,5; природних вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій з 4,1 до 5,0 [13; 65].

Загалом в Одеській області за 2018р. зареєстровано 29292 народження живими та мертвими. Кількість дітей, померлих у віці до 1 року склала 244; у перинатальному періоді (тобто безпосередньо перед пологами, у період пологів або упродовж перших 7 днів життя) померло 307 дітей.

У 2018р. смертність немовлят в області зменшилася та у розрахунку на 1000 народжених живими склала 8,3 дитини проти 8,8 дитини у 2017р. У середньому по Україні показник смертності немовлят зменшився з 8,4 до 8,0 у розрахунку на 1000 народжених живими. У минулому році у міських поселеннях області показник

смертності дітей до 1 року складав 7,9‰ проти 9,0 дитини у розрахунку на 1000 народжених живими у сільській місцевості [13; 65].

Основними причинами смерті немовлят були: окремі стани, що виникають у перинатальному періоді (43,0% від загальної кількості померлих цього віку); природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (20,9%), зовнішні причини захворюваності та смертності (4,5%) та деяких інфекційних та паразитарних хвороб (2,5%) [13; 65].

У 2018р. в порівнянні з 2017р. найбільше зріс рівень смертності немовлят на 10 тис. народжених живими від хвороб крові й кровотворних органів 1,4 проти 0,7; хвороб системи кровообігу – 0,7 проти 0,3; новоутворень – 1,3 проти 0,7. Крім цього найбільше зменшився рівень смертності немовлят на 10 тис. народжених живими у деяких інфекційних та паразитарних хвороб 2,0 проти 5,3; хвороб органів травлення – 0,3 проти 0,7; зовнішніх причин захворюваності та смертності – 3,7 проти 5,3 [13; 32; 65].

Таким чином, проведений аналіз медико-демографічної ситуації в Одеській області показав, що [38]:

- в останні роки в області, як і в цілому по країні, незадовільний стан здоров'я населення характеризується низьким рівнем народжуваності, високою смертністю, від'ємним природним приростом і демографічним старінням населення;

- на фоні несприятливих демографічних змін відбувається подальше погіршення стану здоров'я населення з істотним підвищенням в усіх вікових групах рівнів захворюваності і поширеності хвороб, зокрема хронічних неінфекційних захворювань, включаючи хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, хронічні обструктивні хвороби легень, цукровий діабет та інші хвороби;

- на хронічну патологію страждають до 60% дорослого та майже 20% дитячого населення. Викликає занепокоєння тенденція до погіршення стану здоров'я молоді, збільшення частоти соціально-небезпечних хвороб, у тому числі туберкульозу та ВІЛ/СНІД, розладів психіки тощо;

- зростання захворюваності населення відбувається внаслідок поширення чинників ризику та незадовільною екологічною ситуацією регіону;

- накопичення захворюваності та зростання кількості хронічних захворювань населення;

- поглиблення епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції та СНІД.

2.3. Аналіз поширення небезпечних та особливо небезпечних інфекцій в Одеській області

Одеська область – характеризується розвинутою мережею міжнародних морських і річкових портів, аеропортів, залізничних шляхів та автомобільних трас, по території регіону проходить державний кордон з сусідніми країнами. Також має велике значення, що територія області є одним з пунктів на шляху міграції (в тому числі – нелегальної) із країн, в яких реєструються вищезазначені захворювання, таким чином існує реальна загроза їх заносу та розповсюдження. Тому, важливим є проведення в повному обсязі заходів з санітарно-карантинного контролю на кордоні [13; 64–65].

Загальний рівень інфекційної захворюваності (без грипу та ГРВІ) у 2020 році, за даними аналізу річних формам № 2 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання» і № 40-здоров, порівняно з попереднім, знизився у 2,5 рази. Зареєстровано 11431 випадок проти 28443.

Епідемія коронавірусної хвороби внесла корективи в епідемічний процес інфекційних захворювань. Як наслідок, зареєстровано зниження практично по всім нозоформам інфекційних хвороб.

Значно зменшилась і кількість спалахів. Зареєстровано 3 спалахи проти 47 у 2019 році.

В структурі інфекційної захворюваності найбільшу питому вагу, як і в 2019 році, займали кишкова та крапельна групи інфекцій (42,8 і 28,4% відповідно), паразитарні інфекції – 14,6%, вірусні гепатити – 1,5%.

За результатами моніторингу інфекційної патології щотижнево направлялись інформації до органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації та міської ради, Головного управління Держпродспоживслужби в Одеській області.

Інформація щодо епідемічної ситуації розміщувалась на офіційному сайті Центру та соціальної мережі Facebook.

При ускладненні епідситуації, відповідно до Регламенту взаємодії, інформувались зацікавлені управління, відомства та Департаменти з наданням відповідних пропозицій для прийняття управлінських рішень.

Гострі кишкові інфекції (ГКІ). Епідемічна ситуація із захворюваності на гострі кишкові інфекції була благополучною. Значне зниження реєструвалось по всім нозоформам кишкових інфекцій: дизентерія – у 4,5 рази, гастроентероколіти встановленої етіології – у 3,2 рази, не встановленої – у 2,9 рази, сальмонельозні інфекції – у 2,9 рази.

Таблиця 2.5

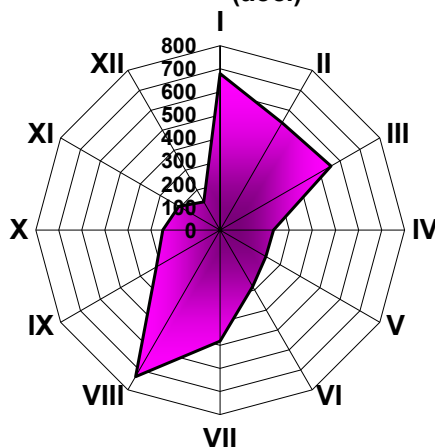
Нозоформи	2019 рік		2020 рік		+/-
	Абс.	Інт.	Абс.	Інт.	
<i>Черевний тиф</i>	0				
Інші сальмон. Інфекції	739	31,2	247	10,4	-2,9р
Гостра дизентерія	68	2,9	15	0,6	-4,5р.
ГЕК вст.етіології	3628	152,9	1119	47,2	-3,2р
ГЕК н/вст.етіології	10266	432,8	3513	148,3	-2,9р
Сума ГЕК	13894	585,8	4632	195,5	-2,9р

Найбільший рівень захворюваності реєструвався у літній період.

Інтенсивні показники захворюваності на ГКІ на 100 тисяч населення, як і в попередні роки, по більшості нозоформ перевищували середні по країні: ГЕКи встановленої етіології - на 23,7% (область – 47,2, по країні – 38,2), не встановленої – у 3,1 рази (148,3 проти 46,8), сальмонельоз – на

Рис.2.2

Сезонність захворюваності на ГКІ по Одеській області - 2020р. (абс.)



11,1% (10,4 проти 8,9). Захворюваність на дизентерію була практично на рівні показників по країні (обласний – 0,6, по країні – 0,7).

Серед захворілих на ГКІ основна питома вага припадала на дітей до 17 років – 62,1%. В дитячій структурі захворюваності переважали вікові групи 1-4

роки (44,1%) та 5-9 років (27,1%), по іншим віковим групам: до 1 року – 15,3%, 10-14 та 15-17 років років – 9,5 і 14,5% відповідно.

Сальмонельоз. Захворюваність на сальмонельоз знизилась, у порівнянні з 2019р., у 2,9 рази. Зниження спостерігалось у всіх вікових групах: до 1 року – у 2,4 рази, 1-4 роки – у 2,6 рази, 5-9 років – у 3 рази, 10-14 років – у 3,2 рази, 15-17 років – у 2,2 рази.

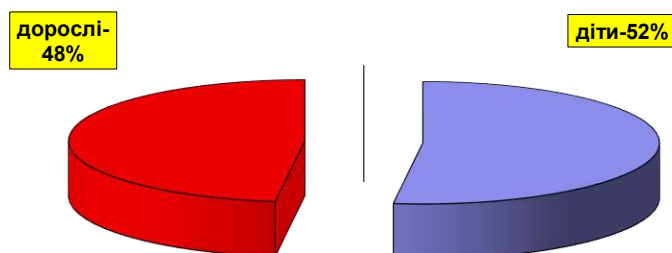
Таблиця 2.6

Вікові групи	2019 рік			2020 рік			
	Абс.	Інт.	(%)	Абс.	Інт.	(%)	+/-
до 1 року	39	155,9	11,0	16	69,4	12,5	-2,4р.
1 – 4 років	126	112,9	35,5	48	44,5	37,5	-2,6р.
5 – 9 років	128	88,0	36,1	42	28,8	32,8	-3р.
10 – 14 років	42	34,8	11,8	13	10,2	10,2	-3,2р.
15 – 17 років	20	32,7	5,6	9	14,1	7,03	-2,2р.
Діти (0-17років)	355	76,5	48,0	128	27,4	51,8	-2,8р.
Дорослі	384	20,1	52,0	119	6,3	48,2	-3,2р.
Сума сальмонел	739	31,2		247	10,4		

В загальній структурі захворюваності на сальмонельоз основна питома вага припадала на дітей (52%), а серед них найбільш ураженою була вікова група 1-4 роки (37,5%).

Рис.2.3

Питома вага захворілих на сальмонельоз - 2020р.



На доросле населення – 48%. Всього циркулювало 9 штамів сальмонел проти 15-ти в 2019 році. Структура виділених збудників: в основному реєструвались *S.enteritidis* – 70% (80,5% у 2019р.) та *t.murium* – 25,2% (13,4% у 2019р.).

Найвищі показники захворюваності з перевищенням обласного (10,4) зареєстровані у мм. Одесі (521,8), Чорноморську (34,8), районах Арцизькому (11,2), Балтському (17,4), Болградському (16,1), Лиманському (12,5), Окнянському (15,1) та Овідіопольському (19,8).

Центром здійснювався моніторинг циркуляції сальмонел в харчових продуктах та на об'єктах довкілля. За 2020 рік досліджено 6905 проб харчових продуктів, 9314 змивів з об'єктів довкілля закладів громадського харчування, дитячих дошкільних закладів; досліджено 6850 проб води водопровідної, відкритих водоймищ та стічної, 403 проби ґрунту. Збудників Сальмонел не виявлено.

Зареєстровано 1 спалах сальмонельозу (сальмонела *t.murium*) у ресторані «ОШН-ТОШН» м.Одеси. Постраждало 6 осіб, у тому числі одна дитина до 17 років. Обставини, що сприяли виникненню спалаху: недодержання санітарно-протиепідемічного режиму у закладі, а саме порушення гігієнічних вимог в ході приготування, зберігання харчових продуктів, недотримання правил особистої гігієни персоналом.

Епідрозслідування проводилось фахівцями Центру спільно з Головним управлінням Держпродспоживслужби в Одеській області з обстеженням об'єктів зовнішнього середовища, декретованого контингенту для визначення джерела інфекції та факторів передачі. Джерело не виявлено, фактори передачі інфекції не встановлені через відсутність залишків страв після святкування.

В межах діяльності інтервенційної епідеміологічної служби України з 6 по 13 серпня 2020 року, за сприяння ДУ «Одеський обласний лабораторний центр МОЗ України», проведено навчальне епідрозслідування спалаху з аналогічними висновками.

Шигельоз. Захворюваність на шигельоз знизилась у 4,5 рази (15 випадків проти 68). Інтенсивний показник на 100 тисяч населення склав 0,63 та був практично на рівні показника по країні (0,7).

Основну питому вагу серед захворілих складала діти – 66,7%. Найбільш уразливою серед дітей була вікова група 1-4 роки (30%). Бактеріально підтверджено 86,7% випадків дизентерії (у 2019р. – 69,1%).

Видова структура шигельозу розподілилась таким чином – із загальної кількості підтвердженого шигельозу на шигели Флекснера припадало 47%, Зонне – 40%.

Шигельоз реєструвався на 5-ти адміністративних територіях проти 13-ти у минулому році. Перевищувала обласний показник (0,63) захворюваність у м.Одесі (37,5), Балтському (4,9), Роздільнянському (1,7), Савранському (5,3) та Саратському (2,3) районах.

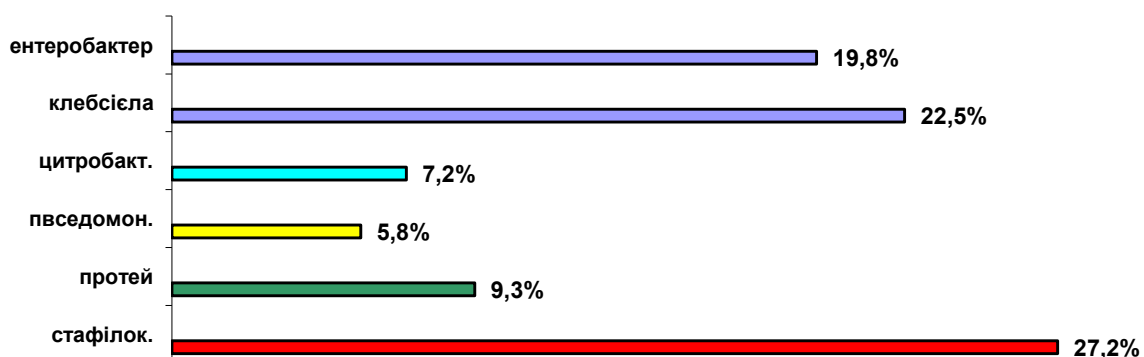
З метою проведення моніторингу бактеріологічних досліджень матеріалу з об'єктів зовнішнього середовища (харчові продукти, змиви, вода) на шигельоз, було досліджено 25247 проб, у тому числі за епідпоказаннями – 1365, всі з негативним результатом.

Захворюваність на гастроентероколіти (ГЕК) знизилась, у порівнянні з 2019р., у 3 рази (4632 проти 13894). Етіологічна розшифровка ГЕКів була незадовільною – розшифровано лише 24,2% гастроентероколітів проти 26,1% у 2019р.

Нижче обласного показник розшифровки ГЕКів у мм.Одесі (18,9%), Чорноморську (7,3%), Южному (7,7%) та Біляївському (17,7%), Лиманському (19,3%), Окнянському (20%) та Овідіопольському (23%) районах області.

Рис. 2.4

Структура ГЕКів 2020р. (%)



Серед ГЕКів встановленої етіології найбільша питома вага припадала на стафілокок (27,2%) та клебсієлу (22,5%), на інші групи: ентеробактер – 19,8%, протей – 9,3%, цитробактер – 7,2%, псевдомонади – 5,8%. У дітей раннього віку

0-4 роки (489 випадків встановлених ГЕКів) найбільшу питому вагу також складав стафілокок (268 випадків – 54,8%).

На 7,5% зменшилась питома вага ГЕКів серед дітей і складала 62,1 проти 67,3% у 2019р. При обласному показнику захворюваності на ГЕКи встановленої етіології 47,2 перевищення його зареєстровано в мм.Одесі (2068,6), Ізмаїлі (95,7), а також в Ізмаїльському (82,2), Болградському (67,4), Овідіопольському (89,8), Ренійському (69,7), Савранському (69,3) та Саратському (72,1) районах області.

Вірусний гепатит. Захворюваність на вірусний гепатит знизилась у 5,4 рази (177 проти 959) за рахунок вірусного гепатиту А, де зниження у 7,7 рази (99 проти 759), гепатит В – зниження у 2,6 рази (21 проти 55), гепатит С – на рівні (18 проти 18).

З метою забезпечення санепідблагополуччя населення з вірусного гепатиту А в області діє затверджений головою комісії з питань ТЕБ та НС ОДА «Комплексний план профілактики захворюваності на вірусний гепатит А в Одеській області на 2017-2021 роки».

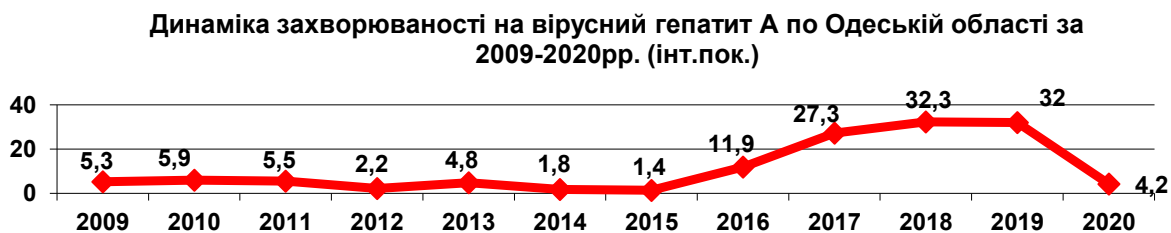
У звітному році обласний інтенсивний показник захворюваності на вірусний гепатит А склав 4,2 проти 32,0 у 2019р. та був на 33,3% вище середньоукраїнського (2,8).

Гепатит А реєструвався на 18-ти адміністративних територіях. Вище обласного (4,2) були показники захворюваності у м.Одесі (101,4), районах Березівському (24,3), Біляївському (18,8), В.Михайлівському (16,4), Подільському (15,01), Роздільнянському (12,1) та Захарівському (14,9).

Було зареєстровано 2 спалахи вірусного гепатиту А в побуті: у м.Березівка серед ромського населення, захворіло 7 дітей; у загальноосвітній школі с.Бочманівка Подільського району, троє захворілих школярів.

У вогнищах проведено комплекс профілактичних та протиепідемічних заходів з метою локалізації захворюваності та ліквідації спалахів.

При аналізі причин інфікування парентеральними гепатитами встановлено, що 33,3% хворих на вірусний гепатит В пов'язують своє захворювання з незахищеним сексом, 19% - з вживанням ін'єкційних наркотиків, 47,6% - шлях передачі не встановлений; на вірусний гепатит С: 11,1% - незахищений секс, 88,9% - шлях передачі не встановлений.

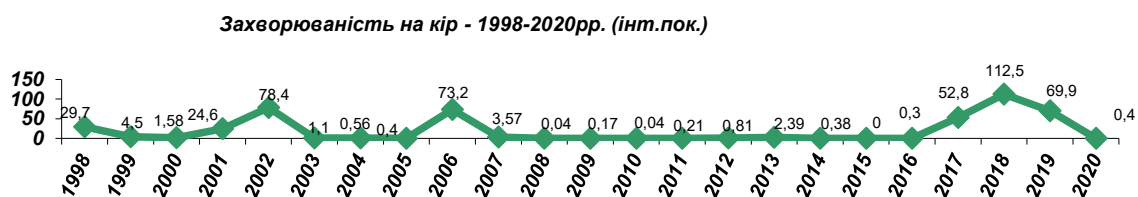


Захворюваність на повітряно-крапельні інфекції. Поодинокими випадками реєструвались краснуха (4 випадки), кір (9), епідемічний паротит (8); не реєструвались правець та дифтерія.

Захворюваність на епідемічний паротит знизилась в 1,8 рази (8 проти 15), кашлюк – у 3 рази (36 проти 108), кір – у 184 рази (9 проти 1660).

Всього підтверджено діагноз кір у 9 хворих (інтенсивний показник на 100 тис. населення – 0,4), з них 4 – діти (44,4%).

Рис. 2.6



Кір реєструвалась на 5-ти адміністративних територіях (м. Одеса, райони Балтський, Іванівський, Овідіопольський, Савранський).

Розподіл захворілих по віковим групам: до 1 року – 11,1%, 1-4 роки – 11,1%, 5-9 років – 22,2%, 10-14р. – 0, 15-17р. – 0 і дорослі - 55,6%.

Захворюваність на кашлюк знизилась у 3 рази, зареєстровано 36 хворих проти 108 у 2019р.

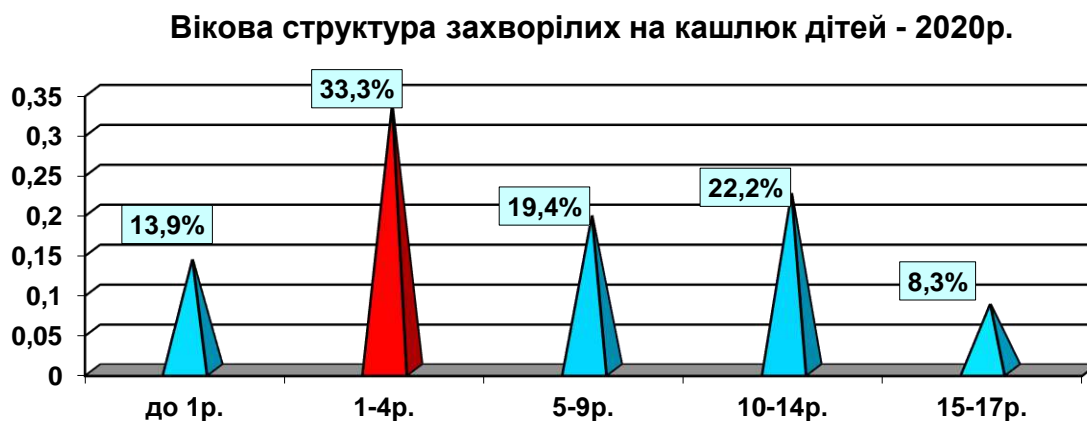
Рис. 2.7



Інтенсивний показник захворюваності по області склав 1,5. Всі випадки кашлюку підтверджено серологічно.

Захворюваність частіше реєструвалась серед міського ніж серед сільського населення (26 випадків проти 10). Розподіл захворілих по віковим групам: до 1 року – 5 (13,9%), 1-4 роки – 12 (33,3%), 5-9 років – 7 (19,4%), 10-14 років – 8 (22,2%), 15-17 років – 3 (8,3%).

Рис. 2.8

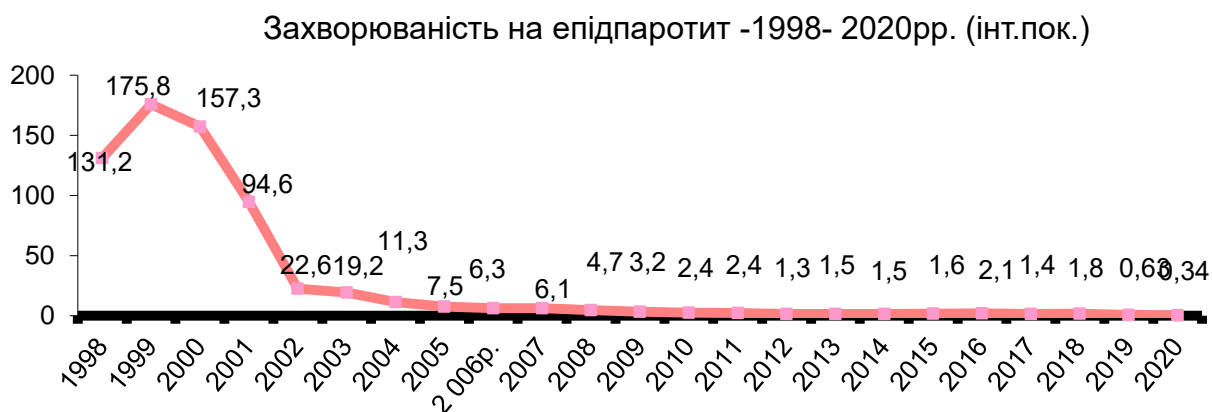


Найбільше випадків припадало на м.Одесу – 20 (55,6%).

На 10-ти адміністративних територіях захворюваність реєструвалась одиничними випадками (м.Чорноморськ та Ізмаїл, райони Б.Дністровський, Ізмаїльський, Біляївський, Кодимський, Лиманський, Овідіопольський, Ренійський та Ширяївський).

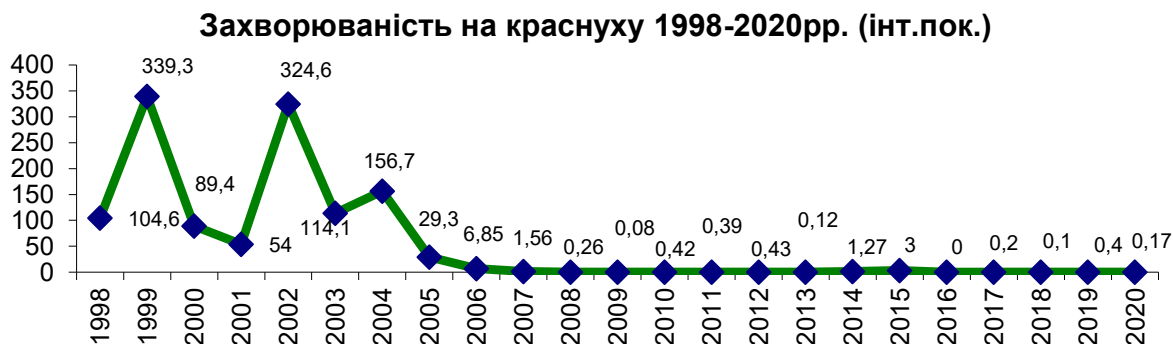
Захворюваність на епідемічний паротит знизилась майже у 2 рази (8 випадків проти 15). Інтенсивний показник по області склав 0,34 на 100 тис. населення, що нижче середнього по Україні (0,39).

Рис. 2.9



Захворюваність реєструвалась лише серед міського населення поодинокими випадками. Віковий розподіл захворілих: діти 5-9 років – 2 (25%), 10-14 років – 1 (12,5%), 15-17 років – 2 (25%), дорослі – 3 (37,5%).

Рис.2.10

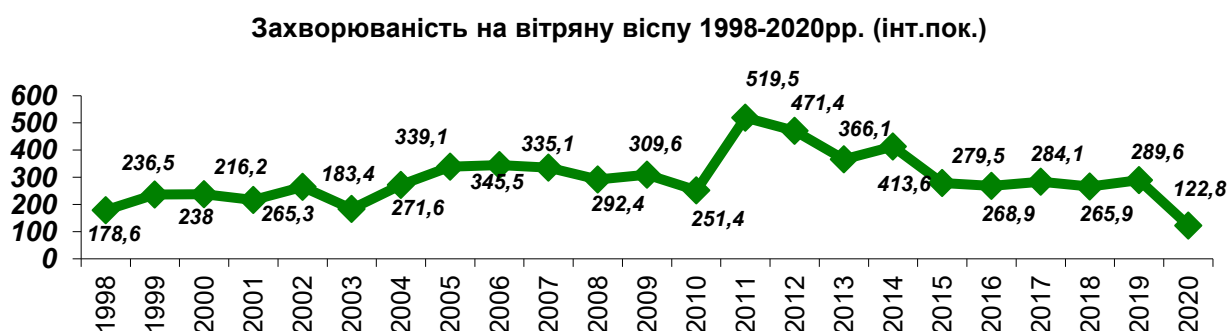


Захворюваність на краснуху реєструвалась спорадичними випадками. Всього зареєстровано 89 підозр на краснуху, з яких лабораторно підтверджено 9 випадків (10,1%), відхилено діагноз у 80-ти випадках.

Вітряна віспа. Захворюваність на вітряну віспу знизилась у 2,4 рази. Зареєстровано 2910 випадків проти 6870 у 2019р. Інтенсивний показник на 100 тисяч населення склав 122,8 проти 289,6.

Захворюваність реєструвалась практично на всіх адміністративних територіях, окрім м. Южний та В.Михайлівського району.

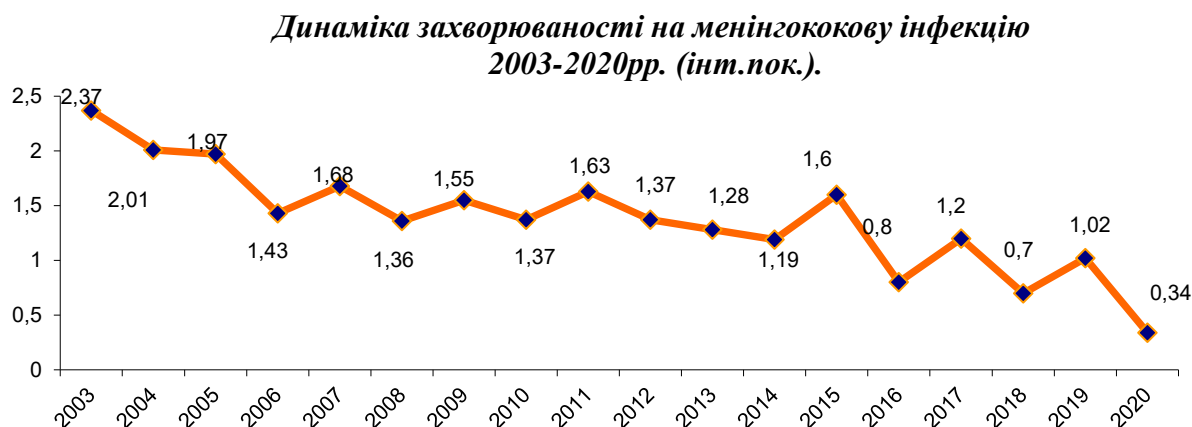
Рис. 2.11



Найбільш уразливою серед захворілих залишилась вікова група 5-9 років – захворіло 1330 осіб (45,7%), інтенсивний показник у цій віковій групі склав – 912,1, по іншим віковим групам: до 1 року – 46 (1,6%), 1-4 роки – 554 (19%), 10-14 років – 588 (20,2%), 15-17 років – 157 (5,4%).

Менінгококова інфекція (МІ). Рівень захворюваності на МІ у 2020р. знизився у 3 рази (8 випадків проти 24).

Рис. 2.12



В загальній структурі захворюваності на 17,4% знизилась питома вага дітей (37,5% проти 45,8% у 2019р.). Захворюваність реєструвалась по одному випадку у трьох вікових групах: до 1 року, 1-4 та 5-9 років.

МІ реєструвалась у м.Одесі – 3 випадки, Кілійському, Любашівському та Саратському районах – по одному випадку, Овідіопольському районі – 2 випадки.

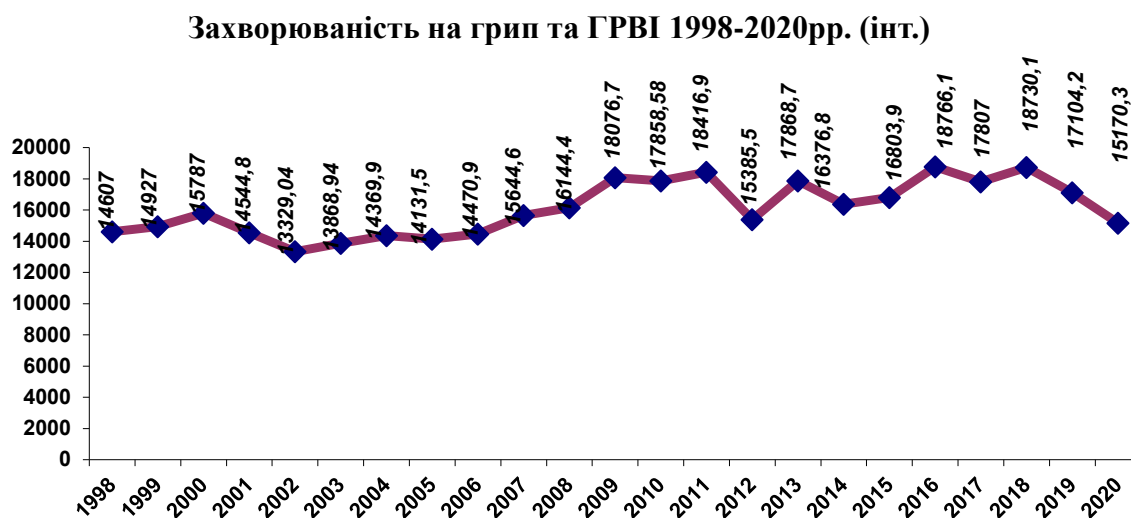
Протиепідемічні заходи з обстеженням контактних осіб у вогнищах по об'єктивним причинам проведені лише у м.Одесі, Овідіопольському та Саратському районах. Обстежено 40 контактних осіб, з них з позитивним результатом – 1 (носіє менінгококу групи В).

Померла від МІ одна особа – дитина до 14 років у м.Одесі (2019р. – 5 летальних). Це генералізована форма – менінгококцемія. Показник летальності склав – 12,5% (у 2019 році – 20,8%).

У всіх хворих діагноз підтверджено бактеріологічно (100%), етіологічним чинником МІ був менінгокок серогрупи В.

Грип та гострі респіраторні інфекції (ГРВІ). В загальній структурі інфекційної патології на грип та ГРВІ припадало до 97% .

Рис. 2.13



Профілактичні та протиепідемічні заходи з грипу та ГРВІ в області проводились згідно з «Комплексним планом заходів з профілактики та боротьби з грипом і гострими респіраторними вірусними інфекціями в Одеській області на 2019-2023 роки», який затверджено розпорядженням голови облдержадміністрації.

Планом передбачені профілактичні та протиепідемічні заходи в різні періоди активізації епіпроцесу з грипу та ГРВІ. Відповідні плани були розроблені та затверджені на кожній адміністративній території, які коригуються кожного епідсезону в залежності до епідемічної ситуації.

Для підготовки до епідемічного сезону 2020-2021рр. було видано спільний з Департаментом охорони здоров'я облдержадміністрації наказ від 24.09.2020 №763/200 «Про організацію протиепідемічних заходів з грипу та ГРВІ в епідсезон 2020-2021рр. в Одеській області», яким затверджено Положення про оперативний штаб з реагування на ситуацію з розповсюдження грипу, у тому числі з пандемічним потенціалом, склад оперативного штабу, визначені дозорні заклади по грипу, які здійснюють відбір та доставку носоглоткових змивів до вірусологічної лабораторії Центру.

Захворюваність на грип та ГРВІ у 2020 році знизилась на 11,4%. В загальній структурі захворюваності до 60% припадало на дітей до 17 років. Найбільш

уразливими серед дітей були вікові групи 5-9 років (28,8%) та 10-14 років (25%), тобто школярі. Летальних випадків не зареєстровано.

В епідсезон захворюваність на грип та ГРВІ в області знаходилась в межах сезонних коливань, рівень інтенсивності епідемічного процесу не перевищував епідемічного порогу і розцінювався як низький.

Згідно моніторингу вірусологічних досліджень на грип було обстежено 187 осіб, з них у 61 (32,6%) виділено вірус грипу (А(Н1N1)- пандемічний, у 5 (2,7%) – вірус грипу В та у одного – грип А (Н3) сезонний. На інші респіраторні віруси обстежено 92 особи, превалюючим був ріновірус, який виділено у 16,3% обстежених (15 осіб), у 3,3% виділено коронавірус сезонний, по 2% (2,2%) – парагрип, адено- та РС- віруси, інші – негативні.

Захворюваність на COVID-19. Заходи з реагування на надзвичайну ситуацію у сфері громадського здоров'я, пов'язану з поширенням COVID-19, в області здійснювались згідно з «Територіальним планом протиепідемічних заходів щодо запобігання занесенню і поширенню на території Одеської області коронавірусної інфекції COVID-19 на 2020 рік», затвердженим розпорядженням голови обласної державної адміністрації від 18.02.2020 № 97/Од-2020.

Організація і проведення епідеміологічних розслідувань випадків COVID-19 проводилась фахівцями (лікар-епідеміолог, помічник лікаря-епідеміолога) Центру та його відокремлених підрозділів згідно з алгоритмом, затвердженим наказом МОЗ України від 28.03.2020 № 722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)» (зі змінами та доповненнями).

З цією метою наказом по Центру від 20.03.2020 року № 65-Адм «Про організацію роботи з питань епіднагляду та профілактики COVID-19» створені 4 оперативні групи: для прийому екстрених повідомлень; проведення епідеміологічних розслідувань та організації медичного спостереження за контактними особами – відповідальний лікар-епідеміолог відділу епіднагляду; проведення обліку та організації медико-санітарного спостереження протягом 14 днів за особами, що перетнули державний кордон України та знаходяться на самоізоляції – координатор завідувач СКВ; для комунікацій з ДУ «Центр

громадського здоров'я МОЗ України», МОЗ України, місцевими органами влади, тощо.

Перший випадок появи коронавірусної хвороби було виявлено на території Одеської області 25 березня 2020 року. Станом на 19 липня 2021 зафіксовано 141360 випадків інфікування, 3002 особи померло (2,1%)

За даними моніторингу за 2020 рік в області зареєстровано 71690 лабораторно підтверджених (методом ПЛР) випадків COVID-19, інтенсивний показник склав 3020,1 на 100 тисяч населення та перевищив середній показник по Україні (2808,2) на 7,5%. Область посідала 13 рейтингове місце в країні по рівню захворюваності.

Показник смертності склав 49,0 (по Україні – 49,2), летальності – 1,6% (по Україні – 1,9%).

Із загальної кількості захворілих діти до 17 років склали 5% (3590 хворих), дорослі відповідно 95% (68100 хворих). В структурі дитячої захворюваності найбільш ураженою була вікова група 10-14 років – 35,5% (1273 випадки), найменш ураженою – діти до 1 року – 1,7% (61); по інших віковим групам: 15-17 років – 29% (1042), 5-9 років – 21,4% (768), 1-4 роки – 12,4% (446).

Серед дорослих найвищу питому вагу займала вікова група 30-49 років – 38,9% (26468), найнижчу – 18-29 років – 12,7% (8620); по інших віковим групам: 50-64 роки – 31,2% (21270), 65 і старше – 17,2% (11742).

За статтю хворі розподілились наступним чином: жінки – 60%, чоловіки – 40%.

В загальній структурі захворюваності на медичних працівників припадало 3,3% (17274), тобто кожний 30-й хворий був медичним працівником.

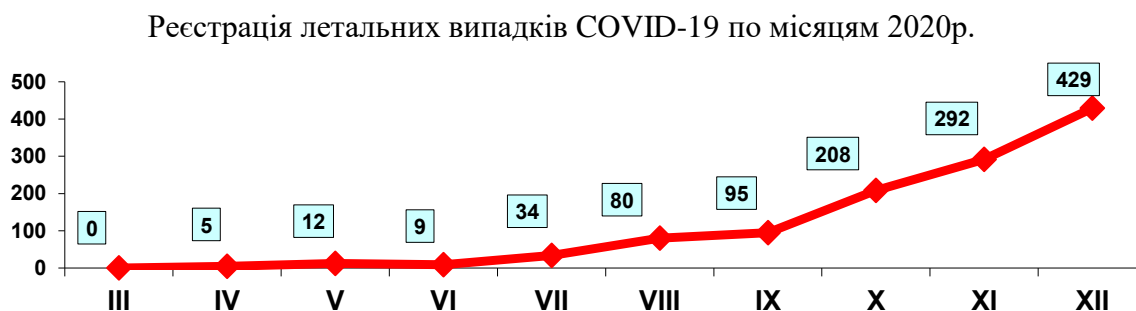
Якщо характеризувати співвідношення до загальної кількості медиків, то перехворів на COVID-19 кожний сьомий медпрацівник. Захворюваність реєструвалась практично у всіх лікувально-профілактичних закладах, починаючи з первинної ланки і до госпітальних баз з реєстрацією групової захворюваності: міська інфекційна лікарня, обласні дитяча та доросла лікарні, пологові будинки № 5, 7, клініка Філатова, очний шпиталь, міські клінічні лікарні №1, 10, 11, дитяча лікарня №2, приватні лікарні «Одрекс» та «Інто-Сана», центральні районні лікарні Подільського, Саратського районів та інші.

Від ускладнень COVID-19 за звітний рік померло 1164 хворих, з них 26 медичних працівників. Найбільша кількість летальних випадків була зареєстрована у вікових групах 65 років і старше – 764 випадки (65,6%) та 50-64 роки – 322 (27,7%); по іншим віковим групам: 30-49 років – 73 (6,3%), 18-29 років – 5 (0,4%). Серед дітей летальних випадків не було.

Із загальної кількості летальних випадків 92,6% (1078 хворих) були з супутніми захворюваннями (серцево-судинні, цукровий діабет, злоякісні новоутворення, хронічні захворювання легень, захворювання печінки та нирок, хронічні неврологічні захворювання та імунodefіцит, ожиріння та інші).

Із щомісячним зростанням кількості захворілих на COVID-19 пропорційно зростала і кількість летальних випадків.

Рис. 2.14



Найвищий рівень смертності з перевищенням середньообласного показника (49,0) зареєстровано у Подільському районі (114,1), містах Ізмаїлі (84,5) та Б.Дністровському (84,4), Балтському (61,7), Арцизькому (59,7), Ізмаїльському (59,5) районах, м.Одесі (56,3), Южному (52,0), Болградському районі (52,6), Саратському (52,2), Березівському (52,0).

Рис. 2.15



Реєструвались повторні випадки захворювання на COVID-19. Перший випадок зареєстровано в Ізмаїльському районі. У червні місяці хворій було підтверджено діагноз методом ПЛР COVID-19. Після лікування отримано два негативних результати. Вдруге інфікування відбулось наприкінці серпня і діагноз підтверджено лабораторно. Хвора мала супутні хвороби, у тому числі ендокринну патологію.

За минулий рік зареєстровано 26 повторних лабораторно підтверджених випадків інфікування у хворих, які мали негативний результат контролю лікування, з інтервалом інфікування від одного до 8-ми місяців.

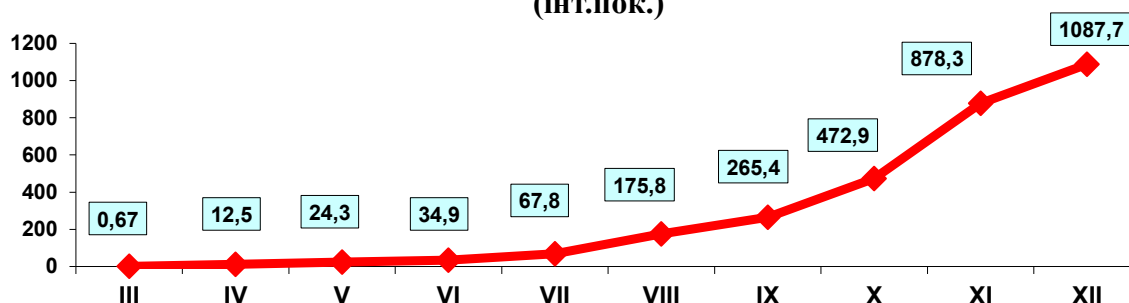
За даними аналізу розвитку епідемії в області встановлено, що перший випадок підозри на COVID-19 офіційно був зареєстрований 13 березня 2020р. - завізний випадок у громадянина США, який прибув до м.Одеси 13.03.2020р. вже хворим, встановлено попередній діагноз «Грип?». Діагноз «COVID-19» лабораторно підтверджено методом ПЛР референс-лабораторією м.Києва 24.03.2020р.

На початку епідемії у березні-квітні реєструвались переважно завізні випадки захворювання з Німеччини, Італії, США, Франції, Туреччини, Росії та інших країн з подальшим розповсюдженням на території області. Починаючи з квітня місяця, захворюваність стрімко поширювалась з щомісячним приростом в середньому у 2 рази. Пік захворюваності прийшовся на листопад-грудень, коли інтенсивний показник на 100 тисяч населення склав 878,3 та 1087,7 відповідно.

Захворюваність на COVID-19 по Одеській області за 2020 рік по місяцям (абс.).

	Березень	Квітень	Травень	Червень	Липень	Серпень	Вересень	Жовтень	Листопад	Грудень	Всього
Всього	16	296	578	823	1608	4174	6301	11225	20849	25820	71690
Діти до 17р.	1	21	59	78	169	272	389	556	979	1066	3590

Рис. 2.16

**Динаміка захворюваності на COVID-19 по місяцям 2020р.
(інт.пок.)**

На початку епідемії реєструвались лише поодинокі випадки захворювання, а вже у квітні сімейні вогнища з двома, трьома та більше випадками і частка цих хворих склала 25% від загальної кількості захворілих - майже 18 тисяч хворих.

Поряд з сімейними осередками почали реєструватись і спалахи, у побуті, в організованих колективах, медичних закладах. Перші спалахи були зареєстровані у середині квітня – у м.Одесі приватний будинок для осіб похилого віку та внутрішньолікарняний спалах у Подільській міській лікарні з подальшим поширенням на інші адміністративні території.

Групові захворювання реєструвались практично у всіх сферах життєдіяльності – органах влади, поліції, різних управліннях і департаментах, на залізниці, в навчальних закладах та в закладах закритого типу (будинки дитини, для осіб похилого віку, психохроніків та ін.), лікувально-профілактичних закладах. За кількістю проведених епідрозслідувань було зареєстровано більш як 60 спалахів з кількістю захворілих 5 і більше осіб.

Захворюваність реєструвалась на всіх адміністративних територіях області, але найбільше поширення вона мала у містах Ізмаїлі, Южному, Одесі, Чорноморську, районах Подільському, Біляївському, Балтському, Ізмаїльському, Лиманському, Болградському, Овідіопольському та Березівському, де інтенсивні показники перевищували середній по області від 4 разів (у Подільському районі) до 1,1 рази (в Овідіопольському районі).

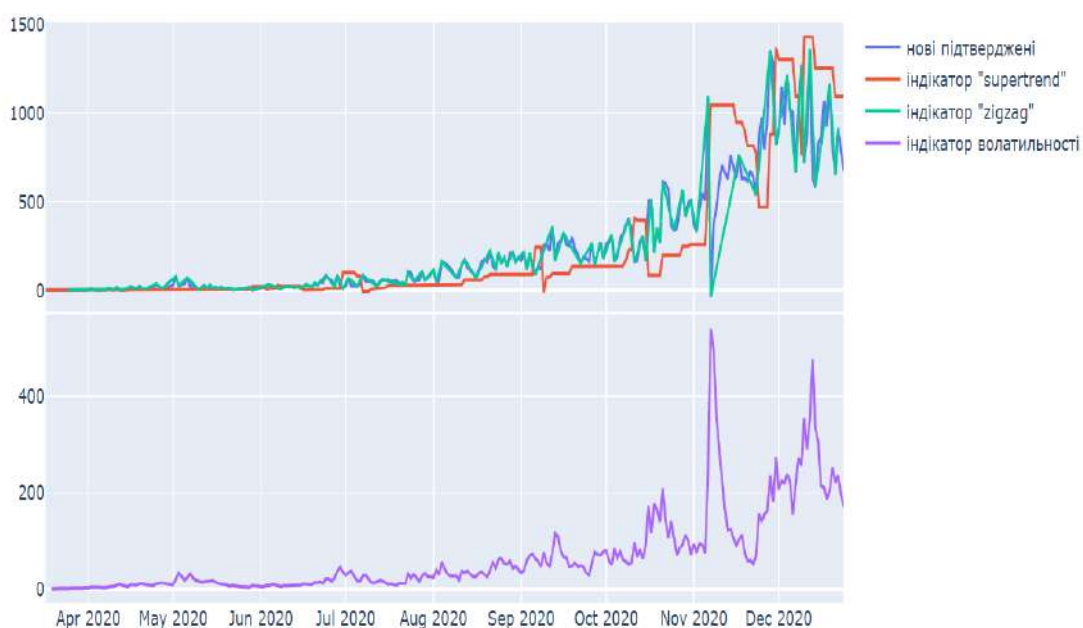
Тестування на COVID-19 здійснювали 6 лабораторій (3 державні та 3 – приватні). За звітний рік всього проведено 325057 тестувань, з них державними лабораторіями:

- ДУ «Одеський ОЛЦ МОЗ України» - 136044 тестувань (41,9% від загальної кількості тестувань);
- ДУ «Український науково-дослідний протичумний інститут ім.І.І.Мечникова МОЗ України» - 48451 (14,9%);
- ДУ «Лабораторний центр МОЗ України на ВТ» - 2986 (0,9%).

Приватними лабораторіями («Артмедіуз», «Сіместа», «Смартлаб») проведено 137576 (42,3%).

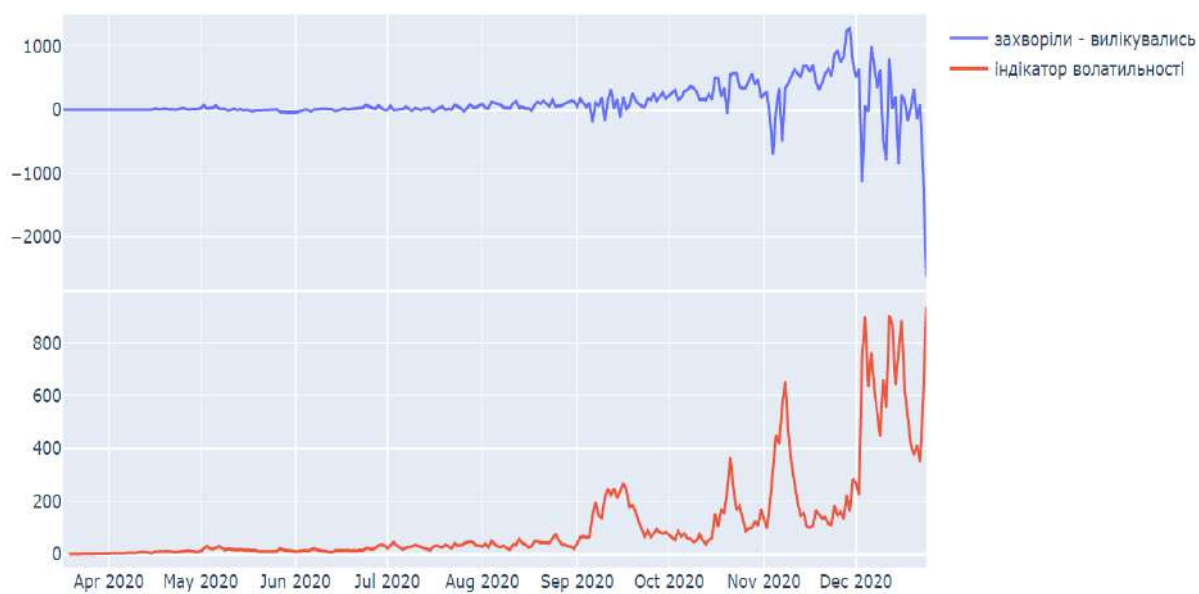
Рис. 2.17. Аналіз динаміки нових виявлених хворих по Одеській області станом на кінець грудня

- **Одеська область**



Протягом грудня спостерігаємо боковий рух графіка у коридорі від 628 до 1 200 нових виявлених хворих щодоби. Графік співвідношення нових випадків захворювань та вилікуваних осіб осцилює навколо нуля в широкому коридорі від -1 000 до 1 000 осіб.

Рис. 2.18. Аналіз динаміки співвідношення нових виявлених хворих та кількості людей, що одужали, по Одеській області станом на кінець грудня



Станом на 26 грудня за даними МОЗ України в області загалом 3 645 ліжок виділено під COVID-19, з них 1 064 – зайняті хворими на COVID-19, ще 647 ліжок – пацієнтами з підозрою на COVID-19. В лікарнях області є 2 133 ліжка, забезпечених подачею кисню, з них 1 047– зайняті. Загалом в області є 332 апарати ШВЛ, 37 з них – зайняті хворими.

Вакцинация от коронавируса в Одесской обл.

Таблиця 2.8

последнее обновление: 14.09.2021 14:19

Текущая статистика по вакцинации на 13.09.2021 в Од.		
Население	2 359 тыс.	
Количество вакцинированных	279 694	11,85 %
Полностью вакцинировано	225 198	9,54 %
Всего вакцинаций	504 892	

Враховуючи епідемічну ситуацію з COVID-19 як у світі, так і в Україні, вимоги директивних документів, зокрема Постанову КМУ № 893 від 22 серпня 2011 року «Про затвердження правил санітарної охорони території», Розпорядження голови Одеської обласної державної адміністрації № 97/од-2020 «Про заходи щодо занесенню і поширенню на території Одеської області гострої респіраторної хвороби, спричиненої коронавірусом COVID-19», фахівці Центру здійснювали медико-санітарні заходи у міжнародних пунктах пропуску через державний кордон України на авто- та авіасполученнях для здійснення термоскринінгу пасажирів та активного виявлення хворих.

З метою оперативного реагування на надзвичайну ситуацію природного характеру, недопущення завезення гострої респіраторної хвороби, спричиненої коронавірусом COVID-19 на територію України Центром були організовані і проведені навчальні заняття з працівниками Одеського прикордонного загону та південного регіонального управління державної прикордонної служби України з питань попередження та профілактики випадків захворювань, викликаних новим коронавірусом; з працівниками медичного пункту міжнародного аеропорту «Одеса» з питань взаємодії при реєстрації випадків захворювань, викликаних новим коронавірусом COVID-19, а також з правил використання засобів індивідуального захисту.

Перевірена наявність ізолятора для тимчасової ізоляції осіб з ознаками гострої респіраторної хвороби, спричиненої коронавірусом COVID-19, у медичному пункті міжнародного аеропорту «Одеса».

Організовано цілодобове чергування фахівців Центру у ТОВ «Міжнародний аеропорт «Одеса»», в якому здійснювався термоскринінг пасажирів, членів екіпажів в аеропорту за допомогою безконтактних термометрів, а також стаціонарного тепловізора, з метою активного виявлення хворих.

На випадок виявлення осіб з ознаками інфекційних захворювань, що мають міжнародне значення та оперативного реагування на надзвичайну подію між Центром, ТОВ «Міжнародний аеропорт «Одеса»», загонами Південного регіонального управління державної прикордонної служби, головним управлінням Держпродспоживслужби в Одеській області та мережею

лікувально-профілактичних закладів області розроблені схеми сповіщення для оперативного реагування.

Для виконання статутних завдань та функцій в частині здійснення медико-санітарних заходів в Центрі затверджено оперативний План дій для проведення комплексу протиепідемічних заходів та склад оперативних бригад (епідеміологічна та дезінфекційна), які забезпечені засобами медичного призначення.

Протягом року фахівці Центру, разом з спеціалістами Головного управління Державної служби надзвичайних ситуацій в Одеській області, Головного управління Держпродспоживслужби в Одеській області, прийнято участь у комплексному обстеженні споруд та будівель визначених для обсервації осіб, що прибули з країн з широким поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2. За результатами перевірок визначено два заклади, які були задіяні під обсервацію осіб. Персоналу обсерваторів надана організаційно-методична та практична допомога з питань організації роботи закладу в режимі обсервації.

Особливо-небезпечні інфекції. Ситуація з особливо небезпечних інфекцій залишалась відносно благополучною. За звітній період зареєстровано 4 випадки захворювання на лептоспіроз (2019р.- 16) – Савранський, Ізмаїльський райони, 5 випадків хвороби Лайма (2019р. – 36) – мм.Одеса, Чорноморськ, 1 випадок сибірської виразки – Саратський район.

Захворювання на лихоманку-Ку, сказ, туляремію, бруцільоз та інші особливо небезпечні інфекції не реєструвались.

Холера. З початку епідсезону (з 01.06. по 01.10.2020р.) по області було обстежено 5964 особи з розладами шлунково-кишкового тракту (2019р.- 8998). Збудники холери та НАГ-вібріони не виділялись.

За даними планового моніторингу циркуляції вібріофлори на об'єктах довкілля протягом 2020 року досліджено 2089 проб (2019р.-2273), з яких збудники холери не виділялись. Виділено 139 культур *V. Cholerae non 01/0139* (2019р.- 159). Інтенсивність циркуляції *V.cholerae non 01/0139* була нижче минулорічних показників на 6,7%.

Культури виділялись з води прісноводних водоймищ – 69 (2019р.-110), води морської – 62 (2019р.- 40), з господарсько-побутових стічних вод до очищення – 8 (2019р.-9).

Аналогічна динаміка по окремим видам об'єктів складає: вода прісна – 49,6 проти 69,2% у 2019 році; вода стічна – 5,8 проти 5,7 % у 2019 році.

Сказ. Випадків сказу серед людей не зареєстровано. В лікувально-профілактичні заклади з приводу покусів тваринами звернулось 2955 осіб, у тому числі з покусами безпритульними тваринами – 1213 (41,0%). Призначено антирабійні щеплення 942 особам, у т.ч. комбінований курс – 171. Щеплено проти сказу 740 осіб.

Серед домашніх тварин сказ зареєстровано у 22 випадках. В осередках сказу фахівцями ветеринарної медицини і Центру проведено епідеміолого-епізоотичне розслідування. Плани оздоровлення осередків сказу були розглянути та затверджені територіальними протиепізоотичними комісіями.

Виявлено уражених паразитами – 2093 осіб, що майже у двічі менше, ніж у 2019р (4485). Інтенсивний показник на 100 тис. населення склав – 88,3, у 2019р. – 189,0. Захворювання були викликані 4 видами патогенних найпростіших та 6 видами гельмінтів. В загальній кількості хворих на паразитози на доросле населення припадає – 19,1%, дитяче – 80,9%.

Середньообласний показник ураженості паразитами перевищено: у м. Ізмаїл – 147,0, в також Арцизькому – 183,0, Біляївському – 142,3, Тарутинському – 312,0, Ізмаїльському – 164,0, Балтському – 147,4, Ширяївському – 142,0, Окнянському – 236,0.

Найбільш поширеною інфекційною патологією паразитарної етіології є контагіозні гельмінтози (ентеробіоз). На їх долю припадає 64% від кількості всіх зареєстрованих хворих на гельмінтози. Протягом звітнього року зареєстровано 1342 хворих проти 3307 у 2019 році (зниження в 2,5 рази). Найбільш інвазованими є діти, показник ураженості на 100 тисяч дитячого населення складає 332,0 проти 712,6 у 2019 році.

Середньообласний показник ураженості дітей по загальноосвітнім школам склав 1,7 проти 3% у 2019 році; по інтернатних закладах – 7,6 проти 2,0 у 2019 році (зростання на 5,6%); обслуговуючого персоналу – 0,03% (залишився на рівні

2019 року); забрудненість збудниками контактних гельмінтозів об'єктів довкілля (змиви) – 0,23% (залишився на рівні 2019 року).

Зареєстровано 316 випадків аскаридозу (у 2019 р – 310), з них 274 (81,3%) у дітей; 8 випадків токсокорозу (у 2019р.- 27); 6 випадків трихоцефальозу (у 2019р.- 13). Всі випадки хворих на трихоцефальоз виявлені у пацієнтів психоневрологічних будинків-інтернатів для дітей у Ананьївському та Саратському районах області, де сформувалися стійкі осередки геогельмінтозів.

Проведено епідобстеження усіх випадків з лабораторним контролем ґрунту, показник забрудненості якого склав 3,6%. Керівникам установ були надіслані листи з пропозиціями щодо оздоровлення осередків.

Токсокарроз. У всіх випадках спостерігалась вісцеральна форма, діагноз був підтверджений серологічно. Спільно з фахівцям ветеринарної служби в осередках проведені лабораторні дослідження з об'єктів довкілля (ґрунт, овочі та ін.), а також обстежені домашні тварини, проведена їх дегельмінтизація. Рівень забрудненості ґрунту яйцями токсокар по області склав – 67,1%, що зумовлено незадовільним станом утримання та оздоровлення від паразитів домашніх тварин і санітарного стану помешкань людей та земельних присадибних ділянок.

Ехінококоз. Зареєстровано 6 випадків (у 2019 році – 22) на 5 адміністративних територіях: м. Ізмаїл та Ізмаїльському, Татарбунарському, Анаївському та Тарутинському районах. Ураженість дітей віком до 17 років склала 50%. В цілому по регіону залишаються всі умови для поширення ареалу інвазованості та формування стійких природних осередків ехінококозу. В осередках проведено комплекс протиепідемічних заходів з лабораторним контролем ґрунту (забрудненість – 2,4%).

Ураженість протозоозами серед усіх зареєстрованих випадків паразитозів складає 19,8 проти 17,8% у 2019 році. На частку кишкових протозоозів припадає 98,7% від кількості всіх зареєстрованих випадків.

Зареєстровано 414 осіб, уражених найпростішими (626 у 2019 р), з них: лямбліозом – 259, у тому числі серед дітей – 130; бластоцистозом – 148, з них 97 у дітей; пневмоцистозом – 3.

Малярія. Зареєстровано 4 випадки завізної малярії, з них 1 летальний (у 2019 році – 5). Серед збудників реєструвалися: *P. Falciparum* – 2; *P. Ovale* – 2.

Випадки реєструвались у мм. Одесі – 3 випадки, Ізмаїл – 1. В епідсезон передачі малярії людині зареєстровано 3 випадки захворювання. Три випадки були серед громадян України (моряки).

За клінічними та епідеміологічними показниками на малярію було обстежено 747 осіб (у 2019 році – 901). Для додаткового контролю до Центру від закладів охорони здоров'я регіону надійшло 258 препаратів крові на малярію, всі негативні. Препарати крові від хворих на малярію були направлені та підтверджені в референс лабораторії ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» м. Київ.

Висновки до розділу 2

Таким чином, проведений аналіз сучасного стану громадського здоров'я в Одеській області показав що:

1. За медико-демографічною ситуацією в Одеській області показав:

– в останні роки в області, як і в цілому по країні, незадовільний стан здоров'я населення характеризується низьким рівнем народжуваності, високою смертністю, від'ємним природним приростом і демографічним старінням населення;

– на фоні несприятливих демографічних змін відбувається подальше погіршення стану здоров'я населення з істотним підвищенням в усіх вікових групах рівнів захворюваності і поширеності хвороб, зокрема хронічних неінфекційних захворювань, включаючи хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, хронічні обструктивні хвороби легень, цукровий діабет та інші хвороби;

– на хронічну патологію страждають до 60% дорослого та майже 20% дитячого населення. Викликає занепокоєння тенденція до погіршення стану здоров'я молоді, збільшення частоти соціально-небезпечних хвороб, у тому числі туберкульозу та ВІЛ/СНІД, розладів психіки тощо;

– зростання захворюваності населення відбувається внаслідок поширення чинників ризику та незадовільною екологічною ситуацією регіону;

– накопичення захворюваності та зростання кількості хронічних захворювань населення;

– поглиблення епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції та СНІД.

2. Основні чинники та критерії для визначення найважливіших екологічних проблем, у тому числі, що пов'язані із: низькою забезпеченістю населення сільських районів якісною питною водою, незадовільний екологічний стан басейнів річок Дністер і Дунай, які є основними джерелами водопостачання регіону, будівництвом нафтоналивного терміналу біля населеного пункту Джурджулешти (Республіка Молдова), скидами забруднюючих речовин у транскордонні водотоки з території Республіки Молдова, Румунії, незадовільним станом каналізаційних очисних споруд, проблемою утворення, зберігання, утилізації та знешкодження токсичних (небезпечних) відходів, незадовільною санітарно-екологічною ситуацією озера Сасик та прилеглих територій, Придунайських озер, екологічною проблемою, пов'язаною з експлуатацією ЗАТ Молдавська ДРЕС, деградацією приморських рекреаційних зон, прогресуючим підтопленням територій, розповсюдженням зсувних процесів, високим рівнем забруднення атмосферного повітря викидами від автомобільного транспорту. Визначення найважливіших екологічних проблем:

- забруднення атмосфери викидами забруднюючих речовин від промислових підприємств та автотранспорту;
- забруднення водних об'єктів скидами забруднюючих речовин із зворотними водами промислових підприємств, підприємств житлово-комунального господарства;
- забруднення підземних водоносних горизонтів;
- порушення гідрологічного та гідрохімічного режиму малих річок області;
- підтоплення земель та населених пунктів регіону;
- проблеми щодо поводження з відходами I-III класів небезпеки;
- поширення екзогенних геологічних процесів.

3. За поширенням особливо небезпечних інфекцій Одеська область відноситься до регіону, в якому є ризик виникнення та поширення особливо небезпечних інфекційних захворювань. Тому вкрай важливим є розвиток і посилення діяльності служби санітарно-епідеміологічного нагляду.

4. Соціально-економічні та природні особливості Одеської області обумовлюють специфіку діяльності санітарно-епідеміологічного нагляду, необхідність корегування напрямків держсаннагляду та посилення окремих його галузей.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Як ми вже зазначали у попередньому розділі, стан здоров'я населення та чинники, що його формують в Одеській області обумовлюють необхідність корегування напрямків держсаннагляду та посилення окремих його галузей. Тому перед тим, як пропонувати науковообґрунтовані заходи щодо удосконалення державного регулювання розвитку системи громадського здоров'я в одеській області, проведемо аналіз діяльності однієї із важливих складових системи громадського здоров'я регіону – санітарно-епідеміологічної служби.

3.1. Аналіз діяльності Одеського обласного центру контролю та профілактики хвороб

Загальні положення. Мета та предмет діяльності Центру

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ОДЕСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЛАБОРАТОРНИЙ ЦЕНТР МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ» (далі – Центр) є установою, що належить до закладів громадського здоров'я, головним завданням якої є діяльність у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження), профілактики неінфекційних захворювань, захисту населення від інфекційних хвороб у межах визначених Статутом.

Центр засновано на державній власності, що належить до сфери управління Міністерства охорони здоров'я України і є підзвітний йому.

Центр є державною бюджетною неприбутковою установою, уповноваженим органом управління є Міністерство охорони здоров'я України (далі – Уповноважений орган управління).

Центр у своїй діяльності керується Конституцією України, Законами України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, іншими нормативно – правовими актами, а також наказами Уповноваженого органу управління і Статутом, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я

України №689 від 08.07.2016 року та в новій редакції затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України №2361 від 19.10.2020 року.

Центр утворений з метою забезпечення реалізації державної політики у сфері епідемічного нагляду (спостереження), що передбачає проведення:

- 1) лабораторних та інструментальних досліджень і випробувань у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення;
- 2) заходів, спрямованих на санітарну охорону державного кордону України у порядку визначеному законодавством;
- 3) державного обліку інфекційних і професійних захворювань та отруєнь, розслідувань причин і умов виникнення інфекційних захворювань, отруєнь, радіаційних аварій.

Лабораторні та інструментальні дослідження і випробування для потреб державного санітарно-епідеміологічного нагляду проводяться Центром за рахунок коштів державного бюджету відповідно до щорічного плану заходів зі здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду, затвердженого керівником Уповноваженого органу управління, а також позапланово в установленому законодавством порядку.

Предметом діяльності Центру є забезпечення проведення лабораторних та інструментальних досліджень і випробувань у сфері санітарного та епідеміологічного благополуччя населення, здійснення заходів, спрямованих на санітарну охорону державного кордону України, проведення розслідувань причин і умов виникнення інфекційних захворювань, отруєнь, радіаційних аварій.

Питання організаційно-методичного характеру

Робота Центру у 2020 році здійснювалась згідно «Плану з організаційно-методичних, профілактичних, протиепідемічних заходів та лабораторно-інструментальних досліджень і випробувань у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення» (надалі – План), якій затверджено 4 січня 2020 року.

Планом були передбачені моніторингові лабораторно-інструментальні дослідження об'єктів навколишнього середовища, лікувально-профілактичних

закладів, загальноосвітніх та дитячих навчальних закладів, закладів соціального забезпечення за напрямком діяльності структурних відділів.

Аналізуючи показники виконання основних організаційних заходів, лабораторно-інструментальних досліджень, інформаційної та статистичної діяльності, фінансово - економічного стану, бухгалтерського обліку та матеріального забезпечення, можливо констатувати, що обсяг запланованої роботи в цілому виконано.

При здійсненні організаційних заходів, враховуючі запроваджені карантинні обмежувальні протиепідемічні заходи, з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, приділялася значна увага дистанційному формату їх проведенню.

За результатами роботи у 2019 році було проведено підсумкову нараду з відповідними пропозиціями на 2020 рік. Апаратні наради з розглядом контрольних документів, виконання планів роботи, проблемних питань та за аналізом епідемічної ситуації проводились щотижнево.

Надання зведеної державної і галузевої статистичної звітності за 2020 рік, відповідно до переліку планових інформацій від 14 грудня 2020 року № 16/7842/20 «Щодо подання статистичної звітності» до ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» м. Київ, Міністерства охорони здоров'я МОЗ України виконано у повному обсязі та вказані терміни.

У звітному році до Центру надійшло 160 контрольних кореспонденцій, усі відповіді надані вчасно. Підготовлено – 343 наказів про відрядження, про адміністративну діяльність та інше.

Звернень громадян, фізичних та юридичних осіб на неякісну роботу фахівців не надходило.

Постійно надавалась методична і практична допомога керівникам установ, організацій, закладів, підприємств з питань організації протиепідемічних і профілактичних заходів в осередках інфекційних захворювань, лабораторно-інструментальних досліджень і випробувань у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення; завідувачам відокремлених підрозділів Центру щодо

виконання планових організаційних заходів, лабораторних досліджень факторів середовища життєдіяльності людини.

На протязі 2020 року Центром забезпечено підготовку інформаційно-аналітичних матеріалів та участь у засіданнях територіальних комісіях ТЕБ та НС з питань санітарного та епідемічного благополуччя населення, оперативних штабів з питань протидії корона вірусної хвороби, тощо.

У звітному році фахівці Центру були нагороджені почесними грамотами Одеської обласної державної адміністрації – 3 працівника та Одеської обласної ради – 14 працівників.

Робота з кадрами

Кадрова робота проводилась з дотриманням гарантій діючого законодавства та зобов'язань колективного договору на 2018-2022 роки.

Станом на 1 січня 2021 року в Центрі та його відокремлених підрозділах працювали 808 фахівців, з них 120 – лікарів (укомплектованість – 65%), з них по м. Одеса – 54, молодші спеціалісти з медичною освітою – 251 (укомплектованість – 94%), з них по м. Одеса - 59; професіонали з вищою немедичною освітою – 115 (укомплектованість – 88%), з них по м. Одеса - 89.

У відповідності до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19 жовтня 2020р. №2361 «Про приведення у відповідність до законодавства посад керівників лабораторних центрів, що належать до сфери Міністерства охорони здоров'я України» на заміну посади директора Центру було введено посаду генерального директора Центру, та згідно статуту у новій редакції Центр було визначено як установу, що належить до закладів громадського здоров'я, головним завданням якої є діяльність у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження), профілактики неінфекційних захворювань, захисту населення від інфекційних хвороб у межах визначеним цим статутом.

На підставі зазначеного вище наказу, до організаційної структури Центру були внесені зміни, згідно яких ліквідовано деякі структурні підрозділи Центру та створені нові, до складу яких увійшли фахівці ліквідованих підрозділів, а саме:

- до відділу дослідження фізичних та хімічних факторів увійшли працівники лабораторії електромагнітних полів та інших фізичних факторів, радіаційної, санітарно-гігієнічної і токсикологічної лабораторії;

- у відділ дослідження біологічних факторів увійшли працівники бактеріологічної, вірусологічної, лабораторії з особливо небезпечних інфекцій та паразитологічної лабораторії;

- працівників відділення дезінфектології переведено до відділу епідеміологічного нагляду (спостереження) та профілактики неінфекційних захворювань.

До структури Центру входять 14 відокремлених підрозділів, які розташовані на кожній адміністративній території Одеської області .

План атестації фахівців виконано у повному обсязі. На курсах підвищення згідно плану – графіку пройшли атестацію лікарі, молодші спеціалісти з медичною освітою з присвоєнням або підтвердженням кваліфікаційної категорії.

Таблиця 3.1

Рівень атестації спеціалістів Центру

	Всього (фіз. осіб)	Атестовані	З них мають кваліфікаційну категорію			Звання лікаря спеціаліста
			вищу	першу	другу	
Лікарі	113	101	74	21	6	12
Молодші спеціалісти з медичною освітою	264	187	151	23	13	-

Протягом звітнього року видано 215 наказів по особовому складу про прийняття на роботу, переведення, звільнення та переміщення. Прийнято на роботу – 77 працівників, з них в структурні підрозділи м. Одеса – 36 працівників; звільнено – 107 працівників, в тому числі по м.Одеса – 49 працівників. Зазначені показники ротації пов'язані з тимчасовим прийняттям та звільненням технічних працівників.

Видано наказів про надання щорічних відпусток: працівникам структурних підрозділів м. Одеса – 380 наказів; працівникам відокремлених підрозділів – 397 наказів.

Майже всі працівники використали щорічні відпустки в 2020 році. Але деякі працівники оперативних відділів не використали щорічні відпустки повної

тривалості у зв'язку із збільшенням обсягу оперативної роботи під час карантину на COVID-19.

За підсумком року 285 працівників використали відпустку без збереження заробітної плати на підставі ст. 25, 26 Закону України «Про відпустки», в тому числі в структурних підрозділах Одеси – 125 працівників. Відповідно до ст. 19 означеного Закону працівникам, які мають дітей, надані додаткові оплачувані відпустки тривалістю 10 календарних днів (45 працівників). З інших підстав надані відпустки 4-м працівникам (як учаснику бойових дій тривалістю 16 календарних днів – 2-м працівникам, та як ліквідатору на ЧАЕС, тривалістю 16 календарних днів – 2-м працівникам).

Звіт з питань кадрової роботи по формі 46 наданий в Міністерство охорони здоров'я України в установлений термін.

Військовий облік працюючих фахівців ведеться з дотриманням вимог чинного законодавства.

Заходи з питань економіки, ресурсного забезпечення та бухгалтерського обліку

Кошторисом видатків на 2020 рік за бюджетною програмою за КПКВК 2301040 «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» за загальним фондом затверджено 67 082,4 тис.грн., касові видатки за звітний період склали – 66 585,7 тис.грн.

Видатки по загальному фонду проведено на оплату праці, придбання медикаментів і матеріалів, також на оплату комунальних послуг. Капітальні видатки по загальному фонду не проводились.

За бюджетною програмою КПКВК 2301230 «Забезпечення готовності та реагування системи громадського здоров'я на спалахи гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та забезпечення засобами індивідуального захисту працівників закладів екстреної медичної допомоги та закладів охорони здоров'я» затверджено на 2020 рік за загальним фондом 63 637,3 тис.грн., касові видатки склали – 60 101,7 тис.грн. Проведено закупівлю тестів для виявлення та виділення РНК коронавірусу SARS-CoV-2,

засобів індивідуального захисту, розхідних матеріалів для проведення досліджень, основних засобів – ампліфікаторів та автоматичних станцій для виділення нуклеїнових кислот. Також за рахунок цих коштів проводилась виплата доплати до 300% працівникам, що безпосередньо зайняті на роботах з ліквідації захворювання серед людей на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2.

За бюджетною програмою КПКВК 2301190 «Здійснення доплат медичним та іншим працівникам закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, та тим, що забезпечують життєдіяльність населення за рахунок коштів, виділених з фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками» кошторисом по загальному фонду затверджено – 7 074,5 тис.грн., касові видатки на доплату працівникам, згідно Постанови КМУ від 19 червня 2020 року № 610, за звітний період склали 4 468,9 тис.грн.

Згідно даних звіту про надходження і використання коштів, отриманих як плата за послуги (ф.№4-1д) за 2020 рік, при наявності на початок року залишку коштів у сумі 2 414,5 тис.грн., надійшло коштів за надані платні послуги у сумі 16 145,8 тис.грн., у тому числі від реалізації в установленому порядку майна (крім нерухомого майна) – 151,8 тис.грн. Касові видатки проведені у сумі 16 230,7 тис.грн., а саме:

- оплата праці і нарахування на заробітну плату – 4 847,8 тис.грн.
- предмети, матеріали, обладнання та інвентар – 2 327,8 тис.грн.
- медикаменти та перев'язувальні матеріали – 4 086,0 тис.грн.
- оплата послуг, крім комунальних – 2 949,9 тис.грн.
- видатки на відрядження - 32,3 тис.грн.
- оплата комунальних послуг та енергоносіїв – 1 256,1 тис.грн.
- придбання обладнання та предметів довгострокового користування – 435,8 тис.грн.

Залишок коштів на кінець звітної періоду складає – 2 305,4 тис.грн.

Надходження платних послуг за проведені лабораторні дослідження становили 24,1 млн.грн. Відмічається тенденція до збільшення надходження платних послуг в 2020 році, в порівнянні з 2019 роком на 33,8 %.

Найкращі показники в роботі за 2020 рік щодо надходження платних послуг встановлено в наступних відокремлених підрозділах Центру:

Таблиця 3.2

№	Назва відокремленого підрозділу Центра	Надійшло платних послуг (тис. грн)	Затверджено на звітний рік (тис. грн)	Виконання плану %
1	Болградський	601,7	565,6	106,4
2	Саратський	240,7	238,6	100,9
3	Б.-Дністровський	2260,6	2390,0	94,5
4	Захарівський	477,7	506,2	94,4
5	Лиманський	534,6	581,0	92,0
6	Кілійський	382,2	420,5	90,9
7	Татарбунарський	448,9	501,8	89,5
8	Іванівський	402,6	460,1	87,5
9	Овідіопольський	639,5	768,6	83,2
10	Біляївський	328,8	399,6	82,3
11	Подільський	710,3	903,3	78,6
12	Ізмаїльський	311,1	396,5	77,9
13	Любашівський	163,4	245,6	66,5
14	Роздільнянський	319,6	560,5	57,0

Згідно даним звіту про надходження і використання коштів, отриманих за іншими джерелами власних надходжень (благодійні надходження ф.№4-2) за 2020 рік при наявності на початок року залишку коштів 74,8 тис.грн., надійшло 24 091,6 тис.грн., з них у вигляді благодійної допомоги та централізованого постачання на 24 081,6 тис.грн. (медикаменти, перев'язувальні та інші матеріали

на суму - 18 392,6 тис.грн., придбання основного капіталу – 5 689,0 тис.грн.) Залишок коштів на 01.01.2021 року склав 84,8 тис.грн.

Згідно форми № 1-дс «БАЛАНС» АКТИВ Баланс не фінансових активів: надійшло основних засобів на суму 14 788,8 тис.грн., первісна вартість основних засобів станом на 01.01.2021р. збільшилась на 12 803,9 тис.грн. за рахунок надання благодійної допомоги, та придбання основних засобів, вибуло основних засобів за звітний рік на 1 984,8 тис.грн. (повністю амортизовані). За 2020 рік на позабалансових рахунках відбулося надходження основних засобів на суму 238,2 тис.грн. (надано медичне обладнання у тимчасове користування). Надходження виробничих запасів за рік склало – 96 911,0 тис.грн., витрачено на потреби установи – 74 715,5 тис.грн., збільшення залишку запасів, внаслідок придбання ТМЦ, склало 22 195,5 тис.грн. Фінансовий результат на 01.01.2020 року складав – 8 630,9 тис.грн., на 01.01.2021 року - 14 264,7 тис.грн., відхилення фінансового результату відбулося за рахунок того, що протягом року проведена внутрівідомча передача основних засобів – автотранспорт, списання автомобілів, інших основних засобів та необоротних активів.

Дебіторська заборгованість по загальному фонду на початок року та станом на 01.01.2021 року відсутня. Дебіторська заборгованість по видатках на початок року становить 5,9 тис.грн. – періодичні видання, станом на 01.01.2021 року відсутня. Дебіторська заборгованість за спеціальним фондом станом на 01.01.2021 року відсутня. Простроченої кредиторської заборгованості станом на 01.01.2021 року не має.

Взяття зобов'язань без відповідних бюджетних асигнувань або з перевищенням повноважень, встановлених Бюджетним кодексом України, законом про Державний бюджет України не відбувалось.

Дебіторської та кредиторської заборгованості за бюджетними програмами, бюджетні призначення за якими законом про Державний бюджет України на звітний рік не затверджувались – не має.

На протязі 2020 року не проводилась ліквідація, приєднання, та створення структурних одиниць.

Залишки на рахунку з електронного адміністрування податку на додану вартість станом на 01.01.2021 року відсутні. Валютні рахунки, відкриті в установах банків, відсутні.

Оплата до бюджету штрафів, накладених контролюючими органами, нестачі та крадіжки грошових коштів і нематеріальних цінностей не встановлені. Протоколи про порушення бюджетного законодавства, органами Казначейства не складались.

При проведенні інвентаризації залишків і лишків не виявлено, інвентаризаційних різниць не має.

Правова робота

Згідно до своєї структури, штатного розкладу та статуту у Центрі відсутній юридичний відділ, а обов'язки із забезпечення правової діяльності Центру покладені на юрисконсультів (2 штатні одиниці, що входять до адміністративно-управлінського відділу), які призначаються на посаду керівником Центру за погодженням МОЗ України.

Протягом 2020 року правова робота Центру здійснювалась одним юрисконсультом у відповідності до вимог затвердженого плану роботи юрисконсульта Центру на 2020 рік, плану заходів Центру щодо запобігання та протидії корупції на 2020 рік, з дотриманням норм Положення про юридичну службу в системі Міністерства охорони здоров'я України та підприємств, установ, організацій, що належать до сфери його управління, затвердженого наказом МОЗ України від 18.02.2009р. № 97 та керуючись Конституцією і законами України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, постановами Верховної Ради України, наказами МОЗ, іншими нормативними актами, посадовою інструкцією юрисконсульта Центру та внутрішніми нормативними документами Центру.

Юрисконсультом Центру здійснювалась робота з надання правової допомоги структурним та відокремленим підрозділам Центру, проводилась робота із надання консультацій і роз'яснень з правових питань громадянам та об'єднанням громадян за їх усними та письмовими зверненнями, розглядалися

звернення органів державної влади і місцевого самоврядування, установ, підприємств та організацій, здійснювалась розробка нормативно-правових актів та проводилась експертиза всіх актів розроблених іншими структурними підрозділами Центру, приймалась участь у підготовці та укладенні договорів, надавалась правова оцінка їх проектам, здійснювався облік актів законодавства, велась їх систематизація та кодифікація, організовувалась робота спрямованої на запобігання проявам корупції та конфлікту інтересів, здійснювалась претензійно-позовна робота, представлялися інтереси Центру у судах та усіх без винятку органах державної влади, місцевого самоврядування, установах, підприємствах та організаціях незалежно від їх підпорядкування, форм власності та галузевої належності, перед об'єднаннями громадян, фізичними особами, фізичними особами – підприємцями, приймалась участь в організації роботи з відшкодування збитків та своєчасного вжиття заходів за рішеннями судів, відповідними документами правоохоронних і контролюючих органів, приймалась участь в перевірках, ревізіях, інвентаризаціях, тощо.

За минулий рік юрисконсультом були розглянуті та надані відповіді на 63 запити/звернення громадян та об'єднань громадян, органів державної влади і місцевого самоврядування, установ, підприємств та організацій.

Основні питання, порушені громадянами, стосуються питань отримання архівних кадрових документів з Державних санітарно-епідеміологічних станцій м. Одеси та Одеської області, які їм необхідні для розрахунку пенсії, а також з питань щодо недотримання фізичними та юридичними особами норм санітарного законодавства і необхідності проведення відповідних санітарних заходів.

Така кількість звернень громадян пов'язана більш за все через незнання громадян відносно ліквідації Державних санітарно-епідеміологічних станцій і Державної санітарно-епідеміологічної служби України та утворення Державної установи «Одеський обласний лабораторний центр Держсанепідслужби України» реорганізованої в Державну установу «Одеський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України», а також через неосвіченість щодо покладення на головного державного санітарного лікаря Одеської області повноважень лише в межах: епідеміологічного нагляду (спостереження), запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб

людини, локалізації та ліквідації їх спалахів та епідемій, крім заходів державного нагляду (контролю) та надання документів дозвільного характеру, а завдань і функцій з реалізації державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення та із здійснення контролю (нагляду) за дотриманням вимог санітарного законодавства (крім функцій з реалізації державної політики у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження) та у сфері гігієни праці та функцій із здійснення дозиметричного контролю робочих місць і доз опромінення працівників) покладення на Державну службу з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів.

Стосовно підготовки проектів рішень — за 2020 рік юрисконсультком Центру перевірено на відповідність чинному законодавству України та внутрішнім нормативним документам Центру 1264 проекти наказів Центру, з яких юрисконсультком підготовлено 59 проектів. У разі наявності зауважень юрисконсульта до підготовлених проектів розробниками вносилися відповідні зміни.

У минулому році юрисконсультком виготовлено 25 довіреностей, виданих працівникам Центру, для можливості представництва інтересів, виконання своїх повноважень та вчинення певних дій від імені Центру.

Що стосується організації роботи, пов'язаної з укладенням договорів, у 2020 році юрисконсультком здійснювалась участь у їх розробленні, підготовці та надавалася правова оцінка проектам договорів і погоджувалися (візувалися) у разі відсутності зауважень або надавалися застереження про наявність певних ризиків пов'язаних з укладанням таких договорів та подавалися пропозиції по усуненню відповідних недоліків і проводилися переговори з представниками контрагентів щодо їх усунення, а також здійснювалися заходи, спрямовані на виконання контрагентами зобов'язань за договорами.

Загалом за минулий рік було відпрацьовано 384 договори, за якими Центром надаються послуги, що пов'язані з його основним видом діяльності та 88 додаткових угод до таких договорів.

Також, Центром укладено угоди про співробітництво, зокрема з: Державним підприємством «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва Національної академії медичних наук України, з метою забезпечення протирадіаційного

захисту дітей у виховних, навчальних, оздоровчих та інших дитячих закладах та радіаційної безпеки, у відповідності до Норм радіаційної безпеки України, введеними в дію постановою Головного державного санітарного лікаря України №62 від 01.12.1997р.; Товариством з обмеженою відповідальністю «ІНТЕРХІМ», в рамках клінічного випробування багатоцентрового, відкритого, порівняльного, рандомізованого дослідження ефективності та безпеки препарату Аміксин® ІС виробництва ТДВ «ІнтерХім» (Україна) у пацієнтів з COVID-19, в порівнянні з групою пацієнтів, які не отримують препарат Аміксин® ІС, за якою Центром, в межах компетенції, здійснювався методичний супровід лабораторного етапу клінічного дослідження та надавалися інформаційно-консультаційні послуги щодо проведення Вірусологічною лабораторією Центру лабораторного контролю на наявність вірусу SARs-CoV-2; Комунальним некомерційним підприємством «ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я» Одеської обласної ради», з метою впровадження програм профілактики інфекцій, інфекційного контролю, та епідемічного нагляду в Одеському регіоні.

На виконання умов договорів оренди, за якими Центр використовує нерухомість Управління обласної ради з майнових відносин, в минулому році було укладено 29 договорів добровільного страхування майна юридичних осіб.

Крім того, у зв'язку із проведенням Департаментом комунальної власності Одеської міської ради аукціону з продажу нежитлових будівель та споруд за адресою: м. Одеса, вул. Старопортофранківська, 10, в яких на праві оренди було розміщено відділення дезінфектології Центру, протягом 2020 року з органами місцевого самоврядування проводилися переговори по недопущенню примусового вивільнення даних приміщень та негативних факторів у сфері громадського здоров'я в м. Одеса.

Незважаючи на те, що неодноразові звернення з даного приводу були проігноровані, з переможцем аукціону – Товариством з обмеженою відповідальністю «Олімп Буд Девелопмент» вдалося дійти згоди та укласти новий договір оренди.

Щодо організації претензійно-позовної роботи – за 2020 рік юрисконсульт представляв інтереси у 6 судових провадженнях, відкритих у звітному періоді та розпочатих у попередні періоди, у тому числі апеляційних та касаційних.

Матеріали кожної судової справи ретельно аналізувалися, вивчалися правові позиції суду та сторін у справі, готувалися відповідні письмові пояснення, відзивки, заперечення, скарги які долучалися до матеріалів справ.

Більшість судових процесів відкладалися за ініціативою суду чи сторін по справі, з метою попередження розповсюдження інфекційних захворювань, у тому числі викликаних коронавірусною інфекцією COVID-19, беручи до уваги приписи Указу Президента України від 13.03.2020р. № 87/2020 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 13.03.2020р. «Про невідкладні заходи щодо забезпечення національної безпеки в умовах спалаху гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2», Закону України «Про судоустрій і статус суддів», Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», постанови Кабінету Міністрів України від 11.03.2020р. № 211 «Про запобігання поширенню на території України коронавірусу COVID-19», постанови Кабінету Міністрів України від 22.07.2020р. № 641 «Про встановлення карантину та запровадження посилених протиепідемічних заходів на території із значним поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2».

Також, юрисконсульта Центру уповноважено забезпечувати дотримання вимог антикорупційного законодавства. На виконання даних посадових обов'язків у 2020 році було здійснено наступне: надано методичну допомогу працівникам структурних та відокремлених підрозділів Центру щодо застосування антикорупційного законодавства з метою протидії та запобігання корупції та проведено індивідуальні консультації з тими працівниками, котрі звертались за необхідними роз'ясненнями, здійснені заходи, направлені на виявлення та усунення конфлікту інтересів та корупційних проявів серед працівників Центру, забезпечено контроль за щорічним поданням керівництвом Центру декларації про майно, доходи, витрати та зобов'язання фінансового характеру і проведено перевірку декларації на предмет її своєчасного подання, забезпечено контроль за збереженням державного майна, цільовим використанням бюджетних коштів, дотриманням фінансової дисципліни Центру, здійснено аналіз звернень щодо можливих проявів корупції та вжитих заходів їх розгляду.

Фактів щодо проявів корупції, пов'язаних із професійною діяльністю працівників та наявності конфлікту інтересів або звернень щодо можливих проявів корупції у минулому році виявлено не було.

Також, у 2020 році юрисконсультком був проведений аналіз матеріалів 5 проведених у Центрі перевірок (планова, позапланова, інспекційне відвідування) з приводу дотриманням трудового законодавства та по використанню коштів Фонду соціального страхування України, за результатами яких усі виявлені порушення були усунені вчасно та у повному обсягу.

Звіти з питань правової роботи Центру у 2020 році підготовлені та надані в Міністерство охорони здоров'я України в установлені терміни.

Епідеміологічний нагляд (спостереження) та профілактики неінфекційних захворювань

В 2020 р. зареєстровано 21 випадок отруєння дикорослими грибами з кількістю потерпілих 38 осіб, з них 13 дітей від 3 до 18 років. Одна дитина померла.

Таблиця 3.3

Динаміка отруєнь грибами в Одеській області за 2015-2020рр.

Кількість	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Випадків	2	11	11	10	1	21
Потерпілих	3	24	17	21	1	38
Померло	0	2	0	3	0	1

Отруєння реєструвались у місті Одесі – 10 потерпілих, Балтському – 8, Кодимському – 7, Тарутинському – 5, Савранському, Лиманському районах та м.Чорноморськ – по 2, Подільському, Овідіопольському районах – по 1 потерпілому.

У зв'язку з загрозливою ситуацією Центром була підготовлена відповідна інформація в Головне управління Держпродспоживслужби в Одеській області, Департаменти охорони здоров'я облдержадміністрації та Одеської міськради, а також ініційовано питання щодо проведення позачергового засідання комісії з питань ТЕБ та НС облдержадміністрації, на якому було прийнято протокольне

рішення про посилення заходів щодо недопущення отруєнь дикорослими грибами серед населення Одеської області та надані відповідні доручення органам виконавчої влади та місцевого самоврядування, причетним управлінням облдержадміністрації.

В звітному році зареєстровано 3 випадки ботулізму з 4 потерпілими. У всіх випадках вірогідною причиною стало вживання в'яленої або копченої риби домашнього приготування.

Таблиця 3.4

Динаміка отруєнь, викликаних збудником ботулізму,
в Одеській області за 2015-2020рр.

Кількість	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Випадків	0	3	3	1	3	3
Потерпілих	0	3	4	1	3	4
Померло	0	1	0	0	0	0

З усіма постраждалими та їх рідними були проведені бесіди щодо небезпечності для здоров'я самостійного збирання грибів, купівлі їх на стихійних ринках та щодо профілактики ботулізму.

Проведені виступи на телебаченні, надіслані статті до ЗМІ та розміщена інформація на сайті Центру.

Організація санітарно-гігієнічних досліджень

На виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 22.02.2006р. №182 «Про затвердження порядку проведення соціально-гігієнічного моніторингу довкілля», з метою оцінки можливого впливу забруднення довкілля на стан здоров'я населення, Центром впроваджено проведення постійного моніторингу за станом якості питної води, води відкритих водойм, морської води в зонах рекреації, атмосферного повітря, ґрунту та фізичних факторів впливу (шум, вібрація, електромагнітне випромінювання).

Для проведення лабораторно – інструментальних досліджень визначені контрольні точки на території населених пунктів регіону: за станом забруднення

атмосферного повітря – 79 постійних точок; за станом поверхневих водойм – 96 створів, з них 48 морської води; питної води – 304; шуму – 60; ґрунту – 199 (на території житлової забудови, дитячих майданчиків, пляжів, на території санітарно – захисних зон полігонів твердих побутових відходів); спостереження за станом електромагнітного фону на території житлової забудови в місцях, прилеглих до базових станцій мобільного зв'язку та інших передавальних радіотехнічних об'єктів – 351.

За даними аналізу з 2771 комунальних об'єктів обстежених лабораторно, на 1091 об'єктах (39,4%) встановлено невідповідність нормативним вимогам, а саме:

- з 222 лікувально-профілактичних закладів не відповідало нормативним вимогам 31 (13,9%) (змиви з об'єктів навколишнього середовища тощо);
- з 251 оздоровчих закладів та закладів відпочинку на 123 об'єктах (49%) виявлено порушення санітарно-гігієнічних нормативів (якість питної води, змиви з об'єктів навколишнього середовища);
- з 2161 інших об'єктів, в тому числі водопроводів господарчо-питного водопостачання, на 902 об'єктах (42%) лабораторні дослідження не відповідали нормативним вимогам.

Найбільший відсоток відхилень отриманих результатів лабораторно-інструментальних досліджень і вимірювань від нормативів за показниками якості питної води, освітлення, мікроклімату, змивів, було встановлено на комунальних об'єктах та об'єктах господарчо-питного водопостачання в Татарбунарському (57%), Саратському (82%), Арцизькому (95%), Подільському (55%) та Білгород-Дністровському (53%) районах.

Питне водопостачання. В м.Одеса у 2020 році досліджено 600 проб питної води на санітарно-мікробіологічні показники і 600 проб на санітарно-хімічні показники (у 2019р.- 907 і 736 відповідно). Відбір проб води проводився на території міста Одеса у визначених 50 стаціонарних точках. Всі досліджені проби відповідали вимогам ДсанПіН 2.2.4-171-10 «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною».

По області питна вода була відібрана на 2103 діючих об'єктах, (в 2019 році на 2570 об'єктах).

Відбір проб питної води для лабораторних досліджень в 2020 році проводився на 1484 об'єктах з централізованим водопостачанням (з джерел питного водопостачання, з відомчих, сільських, комунальних і локальних водопроводів) і 619 об'єктах з нецентралізованим водопостачанням (з шахтних колодязів, громадських каптажів, артезіанських свердловин, бюветів, пунктів розливу води). Результати лабораторного контролю не відповідали санітарним нормам на 611 об'єктах з централізованим водопостачанням (43,1%) і 268 об'єктах з нецентралізованим водопостачанням (43,3%).

Кількість об'єктів з централізованим водопостачанням, де були виявлені нестандартні проби питної води, збільшилась на 1,9%, а на об'єктах з нецентралізованим водопостачанням – зменшилась на 28,1%.

З централізованих мереж водопостачання на санітарно-мікробіологічні показники було досліджено 11883 проби питної води, з них не відповідало нормативним вимогам 1215 проб (10,2%); в 2019р досліджено 14800 проб, з них виявлена нестандартна 1641 проба (11%). Кількість виявлених нестандартних проб зменшилась на 0,8%.

Із 1023 проб питної води, відібраної на об'єктах з нецентралізованим водопостачанням, виявлено 267 нестандартних проб (26,1%); в 2019 році із 1576 проб питної води, відібраної на об'єктах з нецентралізованим водопостачанням, виявлено 315 нестандартних проб (20,0%). Кількість виявлених нестандартних проб збільшилась на 6,1%.

Із всіх досліджених проб питної води на санітарно-мікробіологічні показники, найбільший відсоток нестандартних проб було зафіксовано в Окнянському (56,5%), Білгород-Дністровському (34,4%), Кодимському (33,8%), Подільському (29,5%), Ананьївському (20,9%) і Балтському (16,1%) районах.

На санітарно-хімічні показники з централізованих мереж водопостачання досліджено 7947 проб питної води, не відповідали нормативним вимогам 1282 проби (16,1%); в 2019р досліджено 9943 проби, з них не відповідали нормативним 1480 проб (14,9%).

Із 723 проб питної води, відібраної на об'єктах з нецентралізованим водопостачанням, виявлена 281 нестандартна проба (38,9%). Із 968 проб питної

води, відібраної в 2019 році на об'єктах з нецентралізованим водопостачанням, було виявлено 483 нестандартні проби (49,9%).

Найбільший відсоток нестандартних проб питної води по санітарно-хімічним показникам зафіксовано в Арцизькому (91,4%, за вмістом сухого залишку і забарвленістю), Саратовському (80,5%, за вмістом хлоридів, сульфатів і сухого залишку), Татарбунарському (80,7%, за вмістом хлоридів і сухого залишку), Болградському (75,9%, за вмістом хлоридів, сульфатів, сухого залишку, каламутністю, кольоровістю, загальною жорсткістю), Іванівському (36,7%, за вмістом хлоридів, сухого залишку, заліза, загальною жорсткістю), Подільському (32,7%, за вмістом нітратів), Окнянському (20,2%, за вмістом азоту нітратів і загальною жорсткістю) і Кілійському (15,3%, за вмістом заліза і каламутністю) районах.

З метою запобігання захворювання метгемоглобінемією серед малюків здійснювалися лабораторні дослідження питної води із шахтних колодязів і каптажів. Із громадських колодязів на вміст нітратів досліджено 160 проб питної води. З перевищенням допустимої норми виявлено 73 проби (45,5%) в Арцизькому, Ананьївському, Білгород-Дністровському, Болградському, Захарівському, Кодимському, Окнянському, Подільському, Саратовському та Татарбунарському районах.

Із індивідуальних колодязів на вміст нітратів досліджено 62 проби питної води. З перевищенням допустимої норми виявлено 54 проби (87%) в Ананьївському, Кодимському, Кілійському, Подільському та Ізмаїльському районах.

Результати дослідження показали значну кількість проб води колодязів з надмірним вмістом нітратів, що є свідченням значного ризику виникнення захворювання метгемоглобінемією. Проведення лабораторних досліджень питної води та своєчасне інформування населення дає можливість запобігти цьому.

Досліджені 1348 проб питної води на паразитологічні показники і 31 проба на радіологічні показники, відповідали санітарним вимогам. Досліджені в 2019 році 835 проб на паразитологічні показники і 64 проби на радіологічні показники також були стандартні.

В 2020 році в рамках укладених договорів з Держпродспоживслужбою було проведено 2400 досліджень проб питної води на вірусологічні дослідження. Також проведено 144 вірусологічних дослідження питної води згідно укладеного договору з ТОВ «Інфокс» філія «Інфоксводоканал».

Про всі виявлені нестандартні проби питної води фахівцями направлені інформації до ДПСС, головам райдержадміністрацій та балансоутримувачам об'єктів водопостачання.

Щотижнево і щомісячно узагальнена інформація з аналізом результатів досліджень направлялась до голови Одеської обласної державної адміністрації та Одеському міському голові, Головного управління ДПСС, Департамент екології та розвитку рекреаційних зон Одеської міської ради, розміщувалась на офіційному сайті Центру і соціальної мережі Facebook.

Протягом звітного року проводився аналіз організації та впровадження відомчого лабораторного контролю питної води на об'єктах водопостачання, розташованих на території області. Інформації про стан організації відомчого лабораторного контролю щомісячно направлялись голові постійної комісії з питань житлово-комунального господарства та паливно-енергетичного комплексу і енергозбереження Одеської обласної ради. Одночасно були направлені листи головам всіх районних адміністрацій та керівникам органів місцевого самоврядування щодо лабораторних результатів якості питної води, яка подається населенню і виявлених відхилень від нормативних вимог при проведенні лабораторних досліджень.

Моніторингові дослідження води поверхневих водойм. В ході здійснення державного соціально-гігієнічного моніторингу, лабораторний контроль стану якості води поверхневих водойм проводився у визначених 48 створах постійного спостереження: на 32 точках водойм 1-ї категорії, які використовуються, як джерела питного водопостачання населення (р. Дністер, р. Турунчук, р. Дунай, оз. Ялпуг) та 16 точках водойм 2-ї категорії (оз. Сасик, Дністровський лиман, Хаджибейський лиман, Кучурганський лиман, р. Прут, р. Південий Буг).

За даними результатів лабораторного контролю води поверхневих водойм 1-ї категорії встановлено, що відсоток нестандартних проб води на санітарно-хімічні показники (о. Ялпуг, р. Дунай) збільшився та склав 5,9 проти 5,4% в 2019

р; відсоток нестандартних проб води досліджених на санітарно-мікробіологічні показники (р. Дунай) склав 18 проти 20% в 2019р.

Дані лабораторного контролю води поверхневих водойм 2-ї категорії, свідчать про погіршення якості води: на санітарно-хімічні показники відсоток нестандартних проб води (Дністровський лиман, Хаджибейський лиман, оз. Сасик) склав 67 проти 59% в 2019р.; на санітарно-мікробіологічні показники відсоток нестандартних проб (Дністровський і Хаджибейський лимани) склав 22 проти 9% в 2019р.

На вміст залишків хлорорганічних пестицидів (ДДТ, ДДД, ДДЕ, гексахлорциклогексан, альдрин, дельдрин, гептахлор, гексахлорбензол, хорус, регент, фастак, сумі-8, скор, стомп, сатис) було досліджено у водоймах 1-ї та 2-ї категорії 189 і 98 проб (відповідно). Усі досліджені проби відповідали гігієнічним вимогам, перевищення гранично допустимих концентрацій не встановлено.

За даними результатів паразитологічних досліджень встановлено, що з 187 і 129 проб води водойм 1-ї та 2-ї категорій у 12 і 9 пробах води (відповідно) встановлено наявність життєздатних яєць геогельмінтів.

Аналіз результатів лабораторних досліджень води з поверхневих водойм 1-ї та 2-ї категорії дозволяє визначити, що основними причинами їх забруднення можуть бути: природні фактори (різке підвищення температури повітря та води, штилі), а також забруднення води водойм недостатньо очищеними стічними водами каналізаційних очисних споруд та неочищених стічних вод очисних споруд сільських населених пунктів, надходження дощових вод, порушеннями обмежень господарської діяльності в прибережних захисних смугах.

Кількість досліджених проб в водоймах

Категорія водойм	Кількість досліджених проб в водоймах					
	на санітарно-хімічні показники			на санітарно-мікробіологічні показники		
	Всього проб	нестандартні проби	% нест.	Всього проб	нестандартні проби	% нест.
2020 рік						
I категорія	520	31	5,9	509	93	18,2
II категорія	182	122	67	217	47	22
Чорне море, в т.ч. пляжі	535	2	0,4	2050	258	12,5
2019 рік						
I категорія	614	33	5,4	608	122	20
II категорія	219	130	59,4	222	46	20,7
Чорне море, в т.ч. пляжі	889	11	1,2	2111	35	1,7

На протязі літнього оздоровчого сезону, державний соціально-гігієнічний моніторинг за станом якості морської води проводився на території 22 громадських пляжів, де розміщені основні зони рекреації та функціонують сезонні заклади відпочинку населення, а саме: рекреаційні зони Татарбунарського району - «Лебедівка», «Катранка», «Расейка»; Білгород-Дністровському району – смт. Затока, с. Курортне, с. Балабанівка, смт. Сергіївка; Кілійського району – с. Приморське; Овідіопольського району – с. Грибівка, Лиманського району – с. Сичавка, міській пляж м. Южний та м. Одесі – 10-та, 13-та та 16 ст. В. Фонтану, «Аркадія», «Ланжерон», «Дельфін», «Відрада», «Лузанівка», ДОЦ «Молода Гвардія» та в місцях скидання стічних вод СБО «Південна», СБО «Північна», Одеська ТЕЦ.

Відібрано та досліджено 2050 проб морської води на санітарно-мікробіологічні показники. Не відповідало гігієнічним вимогам 258 проб (12,5%), а саме: перевищення індексу ЛПКП та індексу E.coli було встановлено на пляжах «Аркадія», «Дельфін», «Ланжерон», «Відрада», «Лузанівка», 16ст. Великого

Фонтану, 13ст. Великого Фонтану, «Лузанівка», смт. Затока («Лиманський», «Центральний») та рекреаційної зони «Катранка».

На санітарно-хімічні показники було досліджено 535 проб, з яких не відповідало нормативним вимогам 2 проби (за показником прозорості).

В місцях скиду стічних вод (м.Одеса) з досліджених на санітарно-мікробіологічні показники 30 проб морської води, не відповідали гігієнічним вимогам 9 (30%), а саме: індекс ЛПКП складав 70000 при нормі 25000, індекс E.coli – 1200-2800 – 3700 при нормі –1000. Крім цього в місці скиду стічних вод Одеської ТЕЦ (прибережна зона – 5м) була виділена Salmonella Dublin.

Аналізом даних лабораторного контролю встановлено, що найбільш забрудненими є морська вода у м. Одеса та смт.Затока Білгород-Дністровського району та свідчить про вплив негативних природних та антропогенних факторів.

На протязі 2020р. підготовлено та направлено відокремленим підрозділам 56 інформаційних листів та роз'яснень, відпрацьовано 313 звернень організацій, установ, закладів та звернень мешканців щодо питання проведення лабораторно-інструментальних досліджень, підготовлено 12 інформацій щодо забезпечення лабораторного контролю якості питної води для розгляду на засіданнях постійної комісії Одеської обласної ради з питань житлово-комунального господарства, паливно-енергетичного комплексу та енергозабезпечення, направлені інформаційні листи керівникам райдержадміністрацій та органів місцевого самоврядування щодо впровадження відомчого лабораторного контролю за станом якості питної води, розглянуто 34 звернення населення щодо проведення лабораторно-інструментальних досліджень.

Встановлено дійовий контакт з Департаментом екології та розвитку рекреаційних зон Одеської міської ради, Департаментом екології та природних ресурсів Одеської обласної державної адміністрації та Головним управлінням Держпродспоживслужби в Одеській області, тощо.

Моніторинг основних показників стану атмосферного повітря. Лабораторний контроль проводився на території житлової забудови 47 населених пунктів, у тому числі на території 17 сільських населених пунктів. Лабораторні дослідження здійснювалися на визначення 27 забруднюючих речовин в атмосферному повітрі.

Проведено 2137 лабораторних досліджень, з них на території житлової забудови м. Одеса, Ізмаїл, Подільськ, Білгород-Дністровський, Роздільна, Южне, Кілія, Біляївка, Балта, Березівка, Овідіополь, Рені, Болград та Любашівка відібрано та досліджено 2081 пробу. Перевищення максимально разових гранично допустимих концентрацій по вмісту окису вуглецю, діоксиду азоту виявлено у 27 пробах, що склало 1,3% (м. Одеса та Подільськ). По іншим інгредієнтам (діоксид сірки, фенол, сірководень, аміак, пил, марганець, свинець, хлорид водню) перевищення гігієнічних нормативів не встановлено. На території сільських населених пунктів досліджено 106 проб атмосферного повітря, перевищення гранично допустимих концентрацій відсутні.

За даними результатів лабораторного контролю стану атмосферного повітря у м. Одеса, перевищення гранично допустимих концентрацій встановлено на території житлової забудови, яка знаходиться в зоні впливу автотранспорту на автомагістралях з високою щільністю руху.

В рекреаційній зоні м. Одеси («Аркадія», «Лузанівка», парк ім. Горького, парк ім. Шевченка) досліджено 40 проб атмосферного повітря. Максимально разові приземні концентрації забруднюючих речовин (оксид вуглецю, діоксид сірки, формальдегід, свинець, бензол) не перевищували максимально разові гранично допустимі концентрації.

Таким чином, на сьогодні основними проблемними питаннями щодо забруднення атмосферного повітря є значне збільшення автопарку і як наслідок, велика інтенсивність потоку автотранспорту на автомагістралях міст, несвоєчасна заміна застарілого транспорту, повільний перехід на електрифікований транспорт.

Для прийняття відповідних заходів реагування результати лабораторних досліджень постійно доводились до відома департаменту екології Одеської міської ради та Одеської обласної державної адміністрації, Головного управління Держпродспоживслужби в Одеській області.

Моніторингові дослідження ґрунту проводились з контрольних точках на території житлової забудови, зонах відпочинку (сквери, парки), дитячих майданчиках, санітарно-захисних зонах підприємств тощо.

Так, на території :

- житлової забудови населених пунктів області на санітарно-хімічні показники було відібрано та досліджено 206 проб ґрунту на наявність залишків хлорорганічних пестицидів. Усі досліджені проби відповідали гігієнічним вимогам. На санітарно-мікробіологічні показники досліджено 376 проб ґрунту, не відповідала 31 проба (8,2%), що свідчить про середню ступінь забруднення ґрунту.
- дитячих майданчиків на санітарно-хімічні і санітарно-мікробіологічні показники було досліджено 43 в 151 проби ґрунту (відповідно). Перевищення гранично допустимих концентрацій не встановлено.
- житлової забудови досліджено 1117 проб ґрунту на наявність геогельмінтів, з них у 29 пробах (2,6%) виявлено наявність життєздатних яєць гельмінтів, в т.ч. на території дитячих закладів з досліджених 510 проб ґрунту у 3 випадках (0,6%) було виявлено життєздатні яйця гельмінтів.
- пляжів на санітарно-мікробіологічні показники досліджено 20 проб піску, усі відповідали нормативним вимогам; на паразитологічні показники досліджено 62 проби піску, з них у 5 випадках (8,1%) встановлена наявність життєздатних яєць геогельмінтів.
- з санітарно-захисних зон сільських полігонів твердих побутових відходів на вміст залишків хлорорганічних пестицидів досліджено 23 проби ґрунту, перевищення гранично допустимих концентрацій не встановлено.

Моніторинг за станом електромагнітного випромінювання. Здійснено 1179 моніторингових вимірювань рівнів щільності потоку енергії та 48 вимірів напруженості електромагнітного випромінювання. Перевищення гранично допустимих рівнів не встановлено.

Рівні щільності потоку енергії на території житлової забудови населених пунктів регіону коливались в межах 0,1-0,4-1,3-2,8-3,2 мкВт/см² при гранично допустимому рівні – 100 мкВт/см².

За даними результатів акустичного моніторингу, який проводився у 60 контрольних точках спостереження на території житлової забудови населених пунктів області було проведено 926 вимірювання рівнів еквівалентного шуму. Перевищення гранично допустимих рівнів було встановлено у 61 випадку (6,6%)

на території житлової забудови м. Одеси та прилеглої до автомагістралей з інтенсивним рухом автотранспорту.

Моніторинг факторів середовища життєдіяльності в дитячих навчальних та оздоровчих закладах. Незважаючи на тривалі (через карантин) обмеження в їх роботі, дослідження проведено в 1047 дитячих та підліткових навчальних закладах, що складає 60,1% від загальної кількості (у 2019р – 1 377, 79,2%).

Досліджено 1152 проби готової продукції за мікробіологічними показниками, не відповідало нормативним вимогам 2,3% проб (в 2019 році 2,0%). Мікробне забруднення готових страв було виявлено в Білгород-Дністровському районі (дошкільні заклади, школи); школах Кілійського і Подільського районів; Роздільнянському районі – школа-інтернат. Це свідчить про порушення технології приготування страв або їх вторинне забруднення в процесі видачі, незадовільний санітарний стан харчоблоку.

На харчоблоках дитячих та підліткових закладів було відібрано 8760 змивів із зовнішнього середовища (обладнання, інвентаря, посуду, рук персоналу) на наявність умовно патогенної та патогенної мікрофлори. Виявлено бактеріальне забруднення в 2,6% проб (в 2019 році – в 6,2%), що є наслідком порушення санітарно-протиепідемічного режиму на харчоблоках та недотримання правил особистої гігієни персоналом.

В 160 пробах готової продукції, дослідженої на якість термічної обробки, відхилень не встановлено.

На калорійність було досліджено 394 проби готових страв, відхилення коефіцієнта вкладення продуктів харчування (КВ) встановлено в 4,3% (у 2019р – 2,3%) в Татарбунарському, Любашівському, Подільському, Кодимському районах.

За мікробіологічними і санітарно-хімічними показниками досліджено 1794 та 1030 проби питної води, з них не відповідали нормативним вимогам 9,6% та 9,5% відповідно (у 2019р 13,1 та 13,0%). Перевищували середньообласні показники результати досліджень води за мікробіологічними показниками в Білгород-Дністровському, Окнянському, Арцизькому районах; за санітарно-хімічними показниками в Іванівському, Біляївському, Арцизькому, Миколаївському районах.

В 323 навчальних закладах проведено 6956 досліджень мікроклімату, з них не відповідали нормативним вимогам 898 (12,9%). Відхилення з перевищенням середньообласного показника виявлено у м.Одесі та Подільському, Тарутинському, Татарбунарському районах.

Проведено 9955 вимірювань рівнів штучної освітленості, з них 1 545 (15,5%) не відповідали нормативним вимогам (2019р. – 16,75%). Відхилення з перевищенням середньо обласного показника виявлено в м.Одеса та Подільському і Білгород-Дністровському районах.

На виконання розпорядження голови Одеської обласної державної адміністрації від 03.08.2020р. №5112/од-2020 «Про організацію оздоровлення та відпочинку дітей» прийнято участь у комісійній перевірці 13 дитячих закладах оздоровлення, які працювали в області в оздоровчий сезон, та 6 дитячих санаторіїв. Спільно з Департаментом соціальної та сімейної політики ОДА, перевірено 5 позаміських дитячих оздоровчих закладів – «Парус», «Сонячний берег», «Патрія», «Чайка» (сmt. Сергіївка Б.Дністровського району), «Аист» (с.Приморське Кілійського району).

В ході перевірок відбиралась для лабораторних досліджень питна вода, вода з місць купання, готові страви для мікробіологічного дослідження, змиви з оточуючого середовища харчоблоків на бактерії групи кишкових паличок (БГКП), страви на калорійність.

Результати лабораторних досліджень доведені до відома керівників закладів з рекомендаціями щодо усунення порушень, а також направлялись в Департаменти освіти та науки Одеської міської ради, Одеської обласної держадміністрації та Головне управління Держпродспоживслужби в Одеській області для прийняття відповідних заходів реагування.

Результати інструментально-лабораторних досліджень, які проводились в дитячих навчальних та оздоровчих закладах у 2020 році у порівнянні з 2019 роком представлені в таблицях

Таблиця 3.6

Дослідження повітря закритих приміщень та фізичних факторів
в дитячих навчальних закладах за 2019-2020рр.

Види досліджень	2019 р.					2020 р.				
	Всього	ДНЗ	ЗОШ	Інтернатні	ПТНЗ та ВУЗи	Всього	ДНЗ	ЗОШ	Інтернатні	ПТНЗ та ВУЗи
Повітря приміщень на пари та газу	691	150	231	310	0	434	126	245	63	0
- перевищують ГДК	21	12	2	7	0	10	7	3	0	0
%	3,03	8,0	0,87	2,26	0	2,3	5,6	1,2	0	0
Освітленість	10539	4622	4846	914	157	9955	3717	5448	547	243
- не відповідає НТД	1765	956	527	280	2	1545	428	978	21	118
%	16,75	20,68	10,87	30,63	1,27	15,5	11,5	18	3,8	48,6
Шум (екв.рівні)	114	48	50	10	6	21	17	4	0	0
- не відповід НТД	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Шум (октавні рівні)	282	0	228	21	13	120	0	107	0	13
- не відповідає НТД	7	0	0	7	0	0	0	0	0	0
%	2,48	0	0	33,3	0	0	0	0	0	0
Напруженість ЕМП в комп'ютерн.класах	657	0	587	40	30	677	0	517	26	134
- не відповідає НТД	9	0	9	0	0	0	0	0	0	0
%	1,37	0	1,53	0	0	0	0	0	0	0
Напруженість СЕП в комп'ютерн.класах	199	0	184	15	0	81	0	71	10	0
- не відповідає НТД	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Метеофактори	9187	5223	3064	839	61	6956	3005	3162	637	152
-не відповідає НТД	1015	572	301	142	0	898	137	680	27	54
%	11,05	11,0	9,8	16,9	0	12,9	4,55	21,5	4,23	35,5

Таблиця 3.7

Лабораторний контроль за якістю продуктів харчування
та питної води у дитячих навчальних та оздоровчих закладах за 2019-2020 рр.

Види досліджень	2019 р.						2020 р.					
	Всього	ДНЗ	ЗОШ	Інтернат	ПТНЗ та ВУЗи	Оздоров.	Всього	ДНЗ	ЗОШ	Інтернат.	ПТНЗ та ВУЗи	Оздоров.
Калорійність страв	925	275	92	117	0	441	394	162	69	75	0	88
- з відхиленнями	21	12	2	7	0	0	17	15	0	0	0	2
%	2,27	4,36	2,17	6,0	0	0	4,3	9,25	0	0	0	2,3
Якість терм. Обробки	318	131	64	13	1	109	160	77	59	11	0	13
- з відхиленнями	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
%	0	0	0	0	0	0						
Бактеріальні дослідження страв	2940	1319	984	145	26	466	1151	616	410	82	4	39
- не відповідають НТД	58	22	19	1	1	15	27	11	10	2	2	2
%	1,97	1,67	1,93	0,7	3,85	3,21	2,34	1,8	2,43	2,43	50	5,12
Змиви на УПМФ	20862	9513	7831	1235	230	2053	8761	4861	2680	715	20	485
- з них позитивних	1282	764	439	12	5	62	230	105	99	7	1	18
%	6,15	8,0	5,6	1,0	2,17	3,0	2,6	2,1	3,7	10	5	3,7
Якість води за бак. Показниками	3408	1078	1406	112	34	778	1794	699	928	59	30	78
-не відповідає НТД	448	107	238	12	3	88	172	61	103	1	0	7
%	13,14	9,9	16,9	10,7	8,8	11,3	9,6	8,7	11,1	1,7	0	9
Якість води за хім. Показниками	2111	563	910	37	17	584	1030	365	570	24	19	52
-не відповідає НТД	275	48	148	5	4	70	98	28	65	4	1	18
%	13,0	8,52	16,26	13,5	23,5	12,0	9,5	7,67	11,4	16,7	5,3	34,6

Відділ досліджень біологічних факторів

Бактеріологічна лабораторія оснащена лабораторним обладнанням та забезпечена основними засобами індивідуального захисту, поживними середовищами, діагностикумами, сироватками, сучасними дезінфекційними засобами, тощо.

Існуюче устаткування атестоване, повірене та каліброване ДП «Одеський регіональний центр стандартизації, метрології та сертифікації».

Бактеріологічними та мікробіологічними лабораторіями територіальних підрозділів лабораторного Центру проведено 416551 досліджень, у тому числі бактеріологічних – 207403, санітарно – бактеріологічних – 209148.

Таблиця 3.8

Структура санітарно-бактеріологічних досліджень

Види досліджень	2019 рік		2020 рік	
	Кількість досліджень	З них позитивні	Кількість досліджень	З них позитивні
Харчові продукти	48709	1548	32769	1125
Вода	62410	8139	54075	6813
Змиви	95633	3324	55917	1231
Повітря	2596	20	696	3
Стерильність	23459	28	9410	20
Ґрунт	1727	103	1417	31
Інші	63923	846	39507	638

В плановому та позаплановому порядку відібрано та досліджено 55917 змивів з предметів вжитку, інвентарю, обладнання з об'єктів харчової промисловості та дрібно-роздрібної торгівлі, закладів системи освіти та охорони здоров'я, інших установ, організацій усіх форм власності.

Відокремленими підрозділами проведено – 34544 досліджень, позитивних – 829 (2,4%).

За результатами моніторингу санітарно-бактеріологічних досліджень встановлено, що виявлення нестандартних проб зберігається на рівні 2019 року, при зменшенні кількості проведених лабораторних досліджень через застосування карантинних заходів.

Показники якості лабораторії. Виділені культури для підтвердження та подальшого вивчення надавалися до бактеріологічної референс-лабораторії ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» м. Київ. Всі надіслані культури підтверджені.

Таблиця 3.9

Надіслано культур на підтвердження	2019 р				2020 р.			
	всього	не підтверджені	в т.ч. по невідповідності		всього	не підтверджені	в т.ч. по невідповідності	
			родо-вої	видо-вої			родо-вої	видо-вої
Всього	139	11	5	6	114	3		3
В тому числі Коринебактерій	3	3	3		13			
Шигели	46	1		1	3	1		1
Сальмонели	51	5	2	3	18	1		1
ЕПКП	21	2		2	20	1		1
Умовно-патогенні ентеробактерії	10				60			
Інші збудники бактеріальних інфекцій	8							

За епідпоказаннями проведено лабораторний контроль на 117 об'єктах. Досліджено 1175 змивів на УПМФ (із них не відповідали встановленим нормативам 25, що складає 2,1%); 300 змивів на ПМФ (результати негативні); 120 проб готової продукції на бактеріологічні показники, з них не відповідало нормативним вимогам 4 (3,3%); водопровідної води на бакдослідження – 139 проб, з них 23 проби були нестандартні, що складає 16,5%. Обстежено на патогенну кишкову групу 351 особу, результати негативні.

З 377 об'єктів (згідно угод) досліджено: 4210 змивів на УПМФ, із них не відповідають встановленим нормативам 87 (2%); 1028 проб готової продукції на бактеріологічні показники, з них не відповідало нормативним вимогам – 14 (1,7%); 2681 проба водопровідної води на бакдослідження, з них були нестандартними 127 проб (4,7%).

З метою проведення зовнішнього контролю якості бактеріологічних досліджень відокремлених структурних підрозділів було проведено контроль якості приготування поживних середовищ фахівцями відповідних підрозділів.

Загалом було перевірено 160 поживних середовища, результати тестування задовільні.

Проведено виїзний цикл тематичного вдосконалення «Повітряно-крапельні інфекції» для лікарів-бактеріологів і бактеріологів Центру. Фахівцям лабораторій мікробіологічного профілю надавалась консультативна та методична допомога з питань лабораторної діагностики інфекційних захворювань та проведення інших досліджень.

Для забезпечення дотримання та виконання умов останніх змін у законодавстві з метрологічної діяльності в 2020 році було пройдено зовнішній аудит з боку Національного агентства з акредитації України щодо дотримання вимог акредитації за ДСТУ ISO/IEC 17025:2017.

Для забезпечення умов акредитації лабораторією було пройдено між-лабораторні порівняльні випробування спільно з ДП «Український науково-дослідний інститут медицини транспорту МОЗ України». Результат задовільний.

Паразитологічна лабораторія. Санітарно – паразитологічні та діагностичні дослідження проводились двома паразитологічними лабораторіями та мікробіологічними лабораторіями Центру.

Проведено 29467 досліджень (у 2019 році – 45328), у тому числі: санітарно-гельмінтологічних – 42,6%, санітарно-протозойних – 57,4%.

Показники забрудненості від кількості проведених досліджень становлять: у продуктах харчування рослинного походження – 0,6% (на рівні 2019р); у воді стічній – 3,2% (у 2019 р. – 3,8%); у воді водоймищ – 1,4% (у 2019р – 1,7%); у змивах з предметів довкілля – 0,17% (у 2019 р. – 0,2%), з них у загально – навчальних закладах – 0,3%; (у 2019 р. – 0,3%), дошкільних навчальних закладах – 0,2% (у 2019р. – 0,3%).

Показник забрудненості води відкритих водоймищ склав – 1,4% (у 2019р. – 2,4%). Серед збудників у водоймищах I та II категорій виявлені яйця гостриків, онкосфери теніїд та токсокар, а у воді морів виявлено яйця аскарид, гостриків. Забрудненість води водоймищ обумовлює велику небезпеку зараження населення збудниками паразитарних захворювань.

Середньообласний показник забрудненості змивів збудниками контактних гельмінтозів об'єктів довкілля по дошкільних навчальних закладах склав 0,3, по

загально-навчальних закладах – 0,5% (у 2019 році 0,7 та 0,5% відповідно). З метою покращення соціально-гігієнічного моніторингу довкілля, зокрема ґрунту, проведено 3031 досліджень на наявність збудників гельмінтозів з позитивним результатом – 1,3% (у 2019р. досліджено 6127 проб, позитивних 1,5%). Серед збудників, що виявлені у нестандартних пробах ґрунту, ідентифіковані яйця аскарид (26,7%), токсокар (71,1%) та гостриків (2,2%).

Враховуючи значні показники захворюваності населення області ехінокозом у 2020 році, по хатніх осередках проведено 24 дослідження ґрунту (у 2019р. – 72) з яких 1,1 % - з позитивним результатом (у 2019р. – 2,1%).

Показники забрудненості змивів збудниками гельмінтозів по мікровогнищах ехінококозу склали – 0,1%. В нестандартних пробах ідентифіковані збудники контактних гельмінтозів.

За епідеміологічними показниками по мікровогнищах геогельмінтозів проведено 725 досліджень ґрунту, з позитивним результатом – 1,7% (у 2019р. – 1085 досліджень, 2,0%). Серед виявлених збудників зареєстровані яйця аскарид, токсокар та гостриків.

Проведено 1404 санітарно-гельмінтологічних та санітарно-протозоологічних досліджень садовини та городини проти 1938 у 2019 р. Забрудненість склали 0,2 і 0,6%. (відповідно). Серед збудників були зареєстровані яйця аскарид, токсокар та гостриків. Також досліджено 43 проби питної води, збудників паразитарних хвороб не виявлено.

За результатами щорічного планового моніторингу гідрооб'єктів області кількість комарогенних водоймищ (1832) та кількість анофелогенних (396) залишились на рівні 2019 року.

Площа водного дзеркала, яка продукує переносника малярії, теж залишилась без змін – 2480 га. Личинкова щільність домінуючих видів кровосисних комарів, які є переносниками збудників трансмісивних хвороб, насамперед, малярії, декілька змінилась: р. *Anopheles* – на 42,9% (8,4 особини на кв.м), р. *Culex* – на 37,2% (16,4 особини), р. *Aedes* – без змін (3,5 особини).

Види *Aedes albopictus* та *Aedes aegypti* – переносники збудника Зіка, на території області не зареєстровані. Зменшення середньосезонних показників може бути викликано неповним обсягом ентомологічного моніторингу, який

проводився вибірково, лише на об'єктах, що вважаються найбільш епіднебезпечними.

Вважаючи на щорічну реєстрацію в Одеській області завізних випадків малярії з ендемічних країн, наявність переносників малярії та сприятливі кліматичні умови, питання протималярійного моніторингу залишаються одними з найважливіших, як у масштабах області, так і країни в цілому. Протималярійні гідротехнічні роботи проводились лише у 2 районах Одеської області – Ізмаїльському та Б.-Дністровському.

Моніторинг видового складу кліщів сімейства Ixodidae підтверджує наявність на території області 3 їх видів, два з яких – домінуючі: *Ixodes ricinus* та *Rh.sanguineus*. Даний вид є потенційним резервуаром інфекцій вірусної та бактеріальної етіології.

За результатами щорічного планового моніторингу циркуляції вірусу кліщового енцефаліту (ВКЕ) у докілья, позитивні результати були зареєстровані у Овідіопольському, Тарутинському, Іванівському та Роздільнянському районах.

Всього досліджено 909 кліщів роду *Ixodes* (з них 160 позитивних до ВКЕ). Досліджено 100 кліщів, видалених з тіла людей після укусів (125 досліджень), позитивних результатів не зареєстровано. Обстежено 252 особи після укусів (448 досліджень сироваток), з них 150 сироваток (224 проби) на антитіла IgM (результати негативні), та 146 осіб (224 дослідження сироваток) на антитіла IgG. Зафіксовано 4 позитивних проби на антитіла IgG у мешканців м. Одеси.

Через відсутність акарицидних обробок в Одеському регіоні, ситуація з виникненням спалахів кліщового енцефаліту та інших інфекцій, переносниками збудників яких є кліщі, може стати некерованою.

Вірусологічна лабораторія. Проведено 324139 досліджень (2019р. – 324819 досліджень), з них: вірусологічних – 2592, молекулярно-генетичних більш – 148720, серологічних – 172827, в тому числі на ВІЛ-інфекцію/СНІД і вірусні гепатити – 149141.

На одного лікаря-вірусолога (мікробіолога) приходилось 19067 досліджень (2019р. – 18046), в т. ч. по вірусовиділенню – 152, молекулярно-генетичних – 8748, серологічних – 10166, в т.ч. на ВІЛ та вірусні гепатити – 8773.

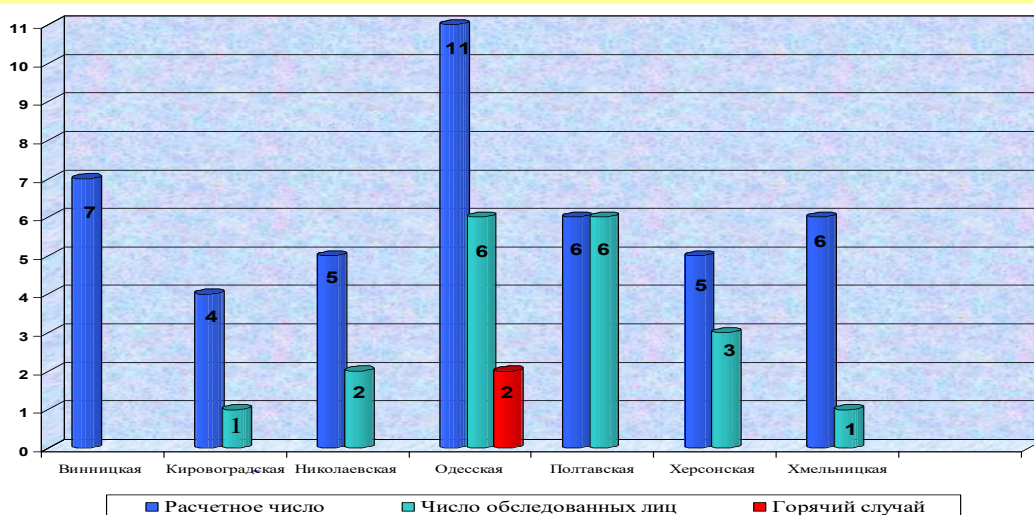
Згідно наказу МОЗ України №168 від 23.06.1998 року «Про створення лабораторної мережі з діагностики поліомієліту та гострих в'ялих паралічів» на Одеську централізовану імуновірусологічну лабораторію з діагностики СНІДу покладено функції Регіональної лабораторії з діагностики поліомієліту, з проведенням досліджень матеріалу від хворих на поліомієліт та ГВП дітей до 15 років і контактних з Одеської, Вінницької, Кіровоградської, Миколаївської, Херсонської, Хмельницької, Полтавської областей.

З метою вивчення циркуляції поліовірусів серед населення і в об'єктах довкілля, вірусологічна лабораторія проводила обстеження хворих на серозні менінгіти, ГКІ для вивчення циркуляції поліо- та ентеровірусів. Виділення ентеровірусів проводилось згідно рекомендацій ВООЗ - використовувалися 3 лінії перещеплюваних клітин: RD, НЕР-2, L-20В.

У звітньому році зареєстровано 19 випадків на ГВП, із них 2 є «гарячими» випадками (Одеська -2).

Згідно рекомендацій ВООЗ «Про удосконалення епідеміологічного нагляду за ентеровірусними інфекціями, у т.ч. поліомієлітом, та запобігання поширенню циркулюючих вакциноспоріднених поліовірусів» показник виявлення випадків ГВП за рік повинен бути більше 3-х на 100 000 дітей віком до 15 років.

Заболеваемость ОВП у детей до 15 лет по Южному региону за 2020 год



Индекс эпиднадзора по Южному региону – 1.25

По півдню України показник виявлення випадків ГВП за рік складає 1,25%. Всього вірусологічними методами досліджено 34 проби з підозрою на ГВП так

на протязі року серед дітей з діагнозами ГВП було виявлено 2 позитивних результати на поліомієліт 1 типу у дитини з Полтавської області.

По Одеській області зареєстровано 6 випадків на ГВП (м. Одеса), з них 2 гарячих випадків. Загальний індекс епіднагляду по Одеській області складає 1,48. Серед контактних по ГВП у Південному регіоні вірусологічним методом обстежено 58 проб, позитивних результатів не виявлено.

В рамках додаткового епіднагляду за поліомієлітом проводилось дослідження матеріалу від хворих дітей з діагнозами «Серозний менінгіт» та нейроінфекції. У 2020 році обстежена 21 особа, що складає близько 19% від захворівших, отримано 1 позитивний результат на НПЕВ.

На протязі року здійснювався моніторинг циркуляції поліовірусів на об'єктах навколишнього середовища: стічна вода до очистки. Досліджено 221 проба стічної води, виявлено 5 позитивних проб, що складає 2,3% (мм. Одеса, Овідіополь, Подільськ).

Таблиця 3.10

Рік	Кількість проб	Кількість виділених вірусів	
		Абс. Число	%
2010	557	37	6,6
2011	410	31	7,5
2012	403	41	10
2013	664	72	10,8
2014	579	48	8,3
2015	624	57	9,1
2016	806	36	4,5
2017	996	56	5,6
2018	891	72	8,1
2019	716	67	9,3
2020	332	8	2,4

Виділення ентеровірусів, в т.ч. поліо- вірусів в Одеській області

Вивчалась циркуляція ентеровірусної інфекції серед населення та навколишнього середовища. Досліджено 332 проби, зокрема 111 – від населення, 221 – з об'єктів довкілля (стічна вода). Виділено 8 вірусів, що складає 2,4%. Результати досліджень за підсумком 10 річного спостереження наведені у таблиці.

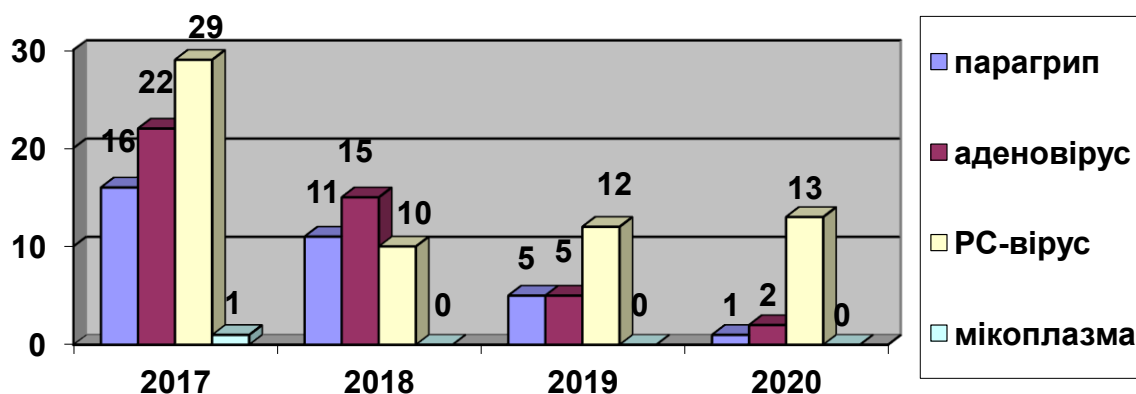
З метою розшифровки спалахів гострих кишкових захворювань досліджувались зразки біологічного матеріалу. Від 56 осіб з діагнозом ГКІ було проведено 325 досліджень, отримано 24 позитивних результати, що складає – 43%. Дослідження проводились методом ПЛР, виявлено 12 позитивних результатів (норовіруси – 11, астровіруси – 1).

Методом ІФА проводились моніторингові дослідження для потреб епідеміологічного нагляду за ротовірусною інфекцією. Досліджено 35 проб проведено 56 досліджень. Виявлено 12 позитивних результати, що складає 34%.

На грип та гостри респіраторні вірусні інфекції протягом звітного року обстежено 675 осіб, з позитивним результатом 213 (31,5%). Проведено досліджень методом ПЛР – 2779. Досліджено секційний матеріал від 17 осіб, позитивних результатів на грип – 6 (35,2%), на групу ГРВІ – 1 (5,8%). Проведено 67 досліджень методом ПЛР.

Наявність РНК вірусів ГРВІ метод ПЛР за 2017-2020 рр.(абс.числ.)

Рис. 3.2



Проводилися дослідження з виділення вірусів грипу на перещеплювальних лініях культур клітин МДСК. До роботи було взято 60 проб (носоглоткових змивів). Виділено 41 вірус грипу, 68,3%, усі на вірус грипу А/Н1N1pdm09- 41.

До референс лабораторії ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України» м. Київ та ДУ „Центр громадського здоров’я МОЗ України” м. Київ. відправлено 36 та 5 (відповідно) вірусів. Всі

віруси були підтверджені як штамп грипу A/H1N1pdm09. З них 5 вірусів грипу A(H1N1) визнані Референс-центром ВООЗ з грипу (м. Лондон) як штамп A/Ukraine/8374-8375-8376-8377-8378/2019*(Віруси грипу підтипу A(H1N1) подібні до штаму A/Brisbane/02/2018(H1N1) pdm09).

Існуючий лабораторний моніторинг циркуляції вірусів грипу і інших респіраторних вірусів дозволяє своєчасно виявляти хворих на грип, ГРВІ з метою проведення ефективних профілактичних та протиепідемічних заходів.

За епідоказниками проводились дослідження проб води з об'єктів довкілля. Усього було досліджено 18 проб води із об'єктів довкілля: питної води – 8 проб, з них виявлено 1 позитивний результат (РНК-Rotavirus), 10 проби морської води – позитивних результатів не виявлено.

З водоочисної станції «Дністер», яка забезпечує господарсько-питною водою населення міст Одеса, Южний, Біляївський район, Комінтернівський та Овідіопольський район, на виявлення вірусів гепатиту А, ентеро-, астро-, каліці, адено-, ротавірусів було досліджено 24 проби: з них питної води 12 проб (позитивних результатів не виявлено), річкової води – 12 проб, виявлено 1 позитивний результат (річка Дністер);

В рамках виконання угоди між ДУ «Одеський обласний лабораторний центр» і Головним управлінням Держпродспоживслужби в Одеській області до вірусологічної лабораторії з 15.04. по 10.11.2020р. надійшло 400 зразків питної води з централізованих та нецентралізованих джерел водопостачання та води річок (озер) джерел централізованого водопостачання в отворах постійного спостереження.

Дослідження проводились методом ПЛР (полімеразної ланцюгової реакції) на виявлення РНК/ДНК рота-, адено-, астро-, ентеро-, коро вірусів, та вірусу гепатиту А. Усього виявлено 19 позитивних результатів, що складає 5% .

Проби питної води надходили з 24 районів області та м.Одеси. Усього досліджено 292 проби, виявлено 10 РНК/ДНК вірусів (3,4%). Нестандартними проби були виявлені у: м. Одеси, вул. Іцкаха Рабіна (бювет), 1 – 1РНК Rota, вул. Космонавтів, 17 (парк Горького)- 1РНК Rota; вул. Космонавтів, 6 (парк Горького, бювет) – 1 ДНК A/elev, а також В.Михайловському р-ні: с.Мигаї – 2 РНК Rota;

с.Новоборисівка – 2 РНК Rota. Саратському р-ні: ДНЗ (ясла-садок) вул. Садова, 5 – 2 ДНК Aeevo; Роздільнянському р-ні: ДНЗ№6 «Оленка» - 1РНК Rota.

Проби річкової та озерної води надходили з Біляївського, Кілійського, Болградського районів. Усього досліджено 108 проб, отримано 9 позитивних результатів, що складає 8,3%: Кілійський р-н – м. Вилкове, р. Дунай; річкова вода – вул. Різдяна, 30 – 6 РНК Rota, а також с. Приморське, р. Дунай – 3 РНК Rota.

Також в лабораторії проводились госпрозрахункові дослідження методом ІФА і ПЛР на гепатити, TORCH-інфекції, вірусний кліщовий енцефаліт, бореліоз (хвороба Лайма), імунологію, захворювання що передаються статевим шляхом, гормони, онкологія.

Методом імуно-ферментного аналізу (ІФА) проводились дослідження на наявність антитіл до *Mycoplasma pneumoniae* IgG, IgM, *Chlamydia pneumoniae* IgG, IgM. Всього було обстежено 30 осіб, проведено 168 досліджень, виявлено 13 позитивних особи на *Mycoplasma pneumoniae* IgM, IgG.

Дослідження на COVID-19. Центр був першою та єдиною установою, якій на початку епідемії здійснював лабораторну діагностику COVID-19 в регіоні. Проведення досліджень розпочато з 26 березня 2020 року після отримання тест систем, інших засобів медичного призначення від МОЗ України.

Добова потужність тестувань для потреб закладів охорони здоров'я адміністративних територій області, в рамках диференціальної діагностики грипу/ГРВІ та COVID-19, складала до 100 зразків.

За 2020 рік проведено тестувань методом ПЛР – 134148. Обстежено 129094 осіб, з них лабораторно підтверджено – 39354 (30%). Досліджувався секційний матеріал (легені) від 268 померлих, отримано позитивний результат в 117 випадках.

Враховуючі темпи поширення коронавірусної хвороби COVID-19, зростання кількості захворівших, виникла виробнича необхідність щодо збільшення обсягів тестувань методом ПЛР. З цією метою в лабораторії протягом року було додатково створено 6 робочих місць, проведена значна роботи щодо зміцнення матеріально-технічна бази та підготовки кадрів з питань лабораторної діагностики та інфекційного контролю.

Так, у 2020 році було отримано обладнання для ПЛР діагностики та засоби медичного призначення, а саме:

- автоматична станція для виділення нуклеїнових кислот, ламінарні бокси II ступеню захисту, кабінети для ПЛР діагностики, центрифуга високошвидкісна з охолодженням плащечного типу, високошвидкісні центрифуги на 48 проб, твердотільні термостати; низькотемпературний морозильник (-80°C) аспіратори, вортекси; устаткування: автоматичні 12-ті каналні дозатори, дозатори різних об'ємів, лабораторна мебіль, тощо (постачальник ВООЗ);

- три термоциклера для ПЛР в реальному часі, дві станції системи ПЛР для виділення нуклеїнових кислот, три ампліфікатора, центрифуги, термостати, холодильник, аспіратори, дозатори, тест-системи для виділення та ампліфікації, одноразовий пластик, засоби індивідуального захисту (придбано Центром).

- термоциклер для ПЛР в реальному часі BioRad CFX-96, центрифугу та засоби індивідуального захисту (передано благодійними фондами);

- тест-системи, одноразовий пластик, засоби індивідуального захисту (постачальник МОЗ України, ДП «УкрМедпостач», ДП «Укрвакцина», ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»);

З метою удосконалення робочого процесу в лабораторії впроваджено інформаційну програму реєстрації зразків – LIMS Terra Life, що дозволило автоматизувати роботу та усунути вплив “людського фактору при реєстрації зразків біологічного матеріалу та видачі результатів аналізів, які надаються безпосередньо на електронну адресу медичного закладу.

Укріплення технічної бази дало можливість збільшити потужність лабораторії до 3 тисяч досліджень на добу та покращити якість досліджень з діагностики COVID-19.

З метою підготовки кадрового потенціалу Центру в лабораторії були організовані та проведені тренінги, вебінари, семінари. Навчання з питань ПЛР-діагностики коронавірусної інфекції та біобезпеки проводились представниками Всесвітньою організацією охорони здоров'я, НМАПО ім. П.Л. Шупика м. Київ та Біонікс Лаб та АЛТ Україна.

Одночасно на базі лабораторії проходили навчання та отримали практичні навички фахівці з лабораторій інших установ/закладів (КНП «Міська клінічна

інфекційна лікарня м. Одеси», Одеський медичний національний університет, Державна прикордонна служба України).

Дезінфекційна справа. Заключна дезінфекція проводилась з урахуванням епідзначимості об'єктів. Протягом 2020 року зареєстровано 8331 заявку на проведення заключної дезінфекції у вогнищах інфекційних хвороб, що більше попереднього року на 36% (2019 – 6111). Виконано 7842 заявки (94,1%), з них своєчасно – 7678 (97,9%). Зростання заявок обумовлено проведенням дезінфекційних заходів у вогнищах COVID-19.

В осередках COVID-19 виконано 6209 заключних дезінфекцій, що складає 79% від усіх заключних дезінфекційних заходів у вогнищах інфекційних хвороб, з них по м. Одесі – 1616 (26%).

За даними аналізу стан виконання дезінфекційних заходів у вогнищах COVID-19 у розрізі районів відмічаються поодинокі випадки виконання деззаходів у Любашівському, Савранському (по 1 заключній дезінфекції) та Балтському районах (5).

Найвищі показники охоплення заключною дезінфекцією випадків COVID-19 відмічались у: Подільському районі – 60,3% (виконано 1092 дезінфекції, зареєстровано 1812 випадків), Саратському та Арцизькому – 58%, Кілійському – 46,3%, Б-Дністровському – 42,6%, Ананьївському – 28,4%, Болградському – 26,9%, м.Б-Дністровському – 25,5%, Татарбунарському – 22,3%, Біляївському – 20,5%, Ренійському – 19%, Іванівському – 18,7%, Кодимському – 17,5%. Лиманському – 14,3%, Тарутинському – 14,02%, Захарівському – 13,6%, Миколаївському – 12,3%, Роздільнянському та В.Михайлівському – 9,6%, Овідіопольському – 8,9%.

По іншим адміністративним територіям, включаючи і м.Одесу, показник охоплення осередків COVID-19 дезінфекційними заходами є нижчим за середній показник по області, що обумовлено зниженням захворюваності.

За звітний рік виконано 1633 заключні дезінфекції у вогнищах інфекційних хвороб (окрім COVID-19), проти 6111 у 2019 році – зниження у 3,7 рази. Виконаних дезінфекційних заходів у вогнищах кишкових інфекцій по області склало 80%.

Заключна дезінфекція у вогнищах вірусного гепатиту на території області знизилась на 80%, по м. Одесі протягом року отримано 2 заявки на дезінфекцію на епідзначущих об'єктах.

Із застосуванням камерного методу підлягало обробці 490 вогнищ, виконано – 187 (38,2%). Вага речей, які пройшли камерну дезінфекцію в 2020 році, склала 53,03 тони (у 2019 р. – 19,3т.), з них з приводу педикульозу – 280 кг.

Обсяги камерного знезараження речей збільшились в 2,7 рази за рахунок профілактичного знезараження постільних речей гуртожитків учбових закладів у м. Одесі.

Станом на 01 січня поточного року в Центрі є 5 стаціонарних дезінфекційних камер. В робочому стані – 4 дезкамери (Одеса – 2, Болград -1, Ізмаїл – 1), не працюючих стаціонарних камер – 1 (м. Б. Дністровський). Пересувні дезкамери – 4 одиниці, які списані протягом звітного року за технічною несправністю.

Для контролю якості заключної дезінфекції відібрано 2275 змивів з оброблених поверхонь, незадовільних результатів – 6 (0,26%).

Укомплектованість кадрами дезінфекційних підрозділів недостатня, станом на 01.01.2021р. в області працює лише 1 лікар–дезінфекціоніст, який має вищу категорію.

Курси підготовки дезінфекторів та підвищення кваліфікації дезінструкторів в 2020 році проводились на базі КЗ «Одеський обласний базовий медичний фаховий коледж», підготовкою охоплено 36 дезінфекторів та 6 дезінструкторів Центру.

За 2020 рік по області охоплено моніторинговими візитами 99 лікувально-профілактичних закладів, в яких відібрано 1913 змивів по контролю якості поточної дезінфекції, з них – 14 з незадовільним результатом (0,73% у порівнянні з 1,3% у 2019р.), відібрано 172 дезрозчини, з незадовільним результатом не було.

Обстежено 15 дезінфекційних камер, в т.ч. в ЛПЗ – 14, з них з незадовільним результатом – 2, в т.ч. в ЛПЗ – 2.

В 2020 році для контролю якості передстерилізаційного очищення медичного інструментарію проведено 975 досліджень, в тому числі 235 проб на

залишки крові та 740 проб – на наявність миючих засобів, з незадовільним результатом не було.

Проведено 2446 досліджень по контролю роботи стерилізаторів, в тому числі хімічний контроль – 1753 дослідження, бактеріологічний – 693 дослідження; 805 досліджень на стерильність, з них з незадовільним результатом – 1 (0,12% проти 0,05% у 2019р.).

Значні скорочення обсягів лабораторних досліджень якості поточної дезінфекції та стерилізації в лікувально-профілактичних закладах області, згідно Плану моніторингових досліджень, пов'язані з карантинними обмеженнями у зв'язку з розповсюдженням COVID-19.

Протягом звітнього року здійснювались заходи з профілактичної дезінфекції, дезінсекції та дератизації, профілактичної дезінфекції автотранспорту згідно укладених договорів.

Укладено договорів: по дезінсекції – 342, об'єкти загальною площею 411,9791 тис.кв.м, звільнено 342 об'єкти загальною площею 404,6051 тис. кв.м.; по дератизації – 979, об'єкти загальною площею 809,1498 тис.кв.м, звільнено від шкідників 979 об'єктів площею 803,8538 тис. кв.м.

Санітарно - освітня та роз'яснювальна робота

Через засоби масової інформації, соціальні мережі проводилась цілеспрямована санітарно - освітня та роз'яснювальна робота щодо формування громадської думки та ціннісних орієнтацій.

На офіційному сайті Центру (www.oolc-moz.at.ua) опубліковано 124 статі різноманітного профілю, на сторінках соціальної мережі Facebook опубліковано 130 статей та матеріалів щодо епідемічної ситуації, результатів планових моніторингових досліджень навколишнього середовища, пропаганди здорового способу життя, а також необхідності дотримання правил інфекційного контролю в осередках COVID-19, умов самоізоляції та дотримання населенням обмежувальних карантинних заходів.

Протягом року проведено 33 виступи на радіо та 91 – на телебаченні, підготовлено та опубліковано 293 статті в засобах масової інформації, проведено

782 лекції та 1 420 бесід, проведено і прийнято участь у 37 прес-конференціях та семінарах, 17 брифінгах, підготовлено 93 прес-релізів та 2 353 санбюлетнів з різних питань.

Підготовлено та направлено матеріали для участі в конференціях на базі профільних науково-дослідних інститутів та ВУЗів на теми:

- «Несприятлива епідемічна ситуація з туберкульозу, що склалася в Одеській області» – на науково-практичну конференцію з міжнародною участю на базі Львівського Національного медичного університету ім. Д. Галицького, приуроченої до 110-річчя від Дня народження доктора медичних наук Г.С. Мосінга та 80-річчя від дати утворення інституту (Львів, 05-06 лютого 2000р.);

- «Особливості динаміки патологічної ураженості дитячого населення Одеської області» – на X Всеукраїнську науково-практичну конференцію з міжнародною участю «Освіта і здоров'я» на базі Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка у м. Суми – 7-8 квітня 2020р.;

- На науково-практичну конференцію «Фізичні фактори довкілля та їх вплив на формування здоров'я населення України» на базі ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України» (Київ, 12-13 квітня 2020р.);

- «Забруднення поверхневих водойм, як один з факторів ризику для громадського здоров'я, на прикладі Одеської області» – на науково-практичну конференцію з міжнародною участю «Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини в Національному медичному університеті ім. академіка О.О. Богомольця, (м. Київ, 11 березня).

Для участі в Симпозіумі IBTRS (м. Київ) підготовлено матеріал: «Аналіз захворюваності населення Одеської області лептоспірозом за 2014-2018 роки» та «Епіднагляд за холерою в Одеській області за 2016-2018 рр»

3.2. Напрями удосконалення державного регулювання розвитку системи громадського здоров'я в Одеській області

Зміни в сфері охорони здоров'я відповідно до сучасних вимог та викликів, потребують наукового обґрунтування та необхідність утворення нової моделі охорони здоров'я, яка б враховувала не лише стан, рівень технологічного і ресурсного забезпечення, а передусім – стан здоров'я населення й заходи щодо його збереження як на державному, так і на регіональному та місцевому рівнях.

Як ми вже зазначали в попередніх розділах, здоров'я людей багато в чому залежить від їх звичайного оточення: оточуючого середовища, харчування, місць роботи та дозвілля, а також способу життя. Екологічні, організаційні та особисті чинники, взаємодіючи між собою, впливають на здоров'я та благополуччя людей.

Спроможність України до економічного зростання значною мірою залежить від стану здоров'я населення і можливості його покращення, тобто – від стану громадського здоров'я. Тому вкрай важливим є формувати науковообґрунтовані пропозиції щодо напрямів удосконалення державного регулювання розвитку громадського здоров'я як на державному, так і регіональному та місцевому рівнях.

Наразі державна санепід служба, лівова частка функцій якої якраз і забезпечувала громадське здоров'я, розформована, а належної альтернативи досі не сформовано. Тому створюються ті проблеми, про які ми вказували вище: різке зменшення кількості проведених аналізів санітарно-епідеміологічного благополуччя, скороченням висококваліфікованих фахівців всіх ланок епіднагляду, наростаючі проблеми довкілля та біобезпеки, нереформована система охорони здоров'я.

Наведене, на нашу думку, вимагає наступних заходів [13; 64–65]:

На Державному рівні

1. З метою удосконаленні законодавчої бази, яка б регламентувала розвиток громадського здоров'я в Україні:

– Верховній Раді України розробити та прийняти Закон України про систему громадського здоров'я;

– ВР України, МОЗ України, Мінсоцполітики України разом з Міністерством фінансів, Міністерством економіки, Міністерством юстиції, Міністерством внутрішніх справ, а також місцевим держадміністраціям у межах своїх повноважень створити умови щодо безумовного виконання норм Конституції України та чинного законодавства щодо забезпечення здоров'я,

надання гарантованої медичної допомоги та щодо посилення відповідальності за недотримання даного законодавства.

– ВРУ, КМУ, МОЗ України розробити та затвердити державну цільову програму, яка створить економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері громадського здоров'я,

– КМУ, МОЗ України забезпечити міжурядову співпрацю у сфері громадського здоров'я

– ВРУ, КМУ, МОЗ України забезпечення реалізації принципу «Врахування інтересів здоров'я в усіх сферах державної політики» через координацію діяльності органів виконавчої влади у сфері громадського здоров'я;

– ВРУ, КМУ, МОЗ України забезпечити впровадження Європейського плану дій з укріплення потенціалу і послуг громадського здоров'я та програми Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я 2020: основи європейської політики на підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя»;

– МОЗ України розробити пакет законодавчих актів, з метою забезпечення функціонування єдиної системи громадського здоров'я, забезпечити перегляд та оптимізацію регуляторної політики у сфері громадського здоров'я; провести адаптацію чинного законодавства у сфері громадського здоров'я до законодавства ЄС, перехід до застосування технічних регламентів (у частині безпечності нехарчової продукції);

– МОЗ України забезпечити перегляд санітарних норм і правил на основі доказової бази, з врахуванням міжнародних практик та сучасних соціально-економічних умов; скасування санітарних норм і правил, що були затверджені до 1991 року та не відповідають сучасним соціально-економічним умовам;

– ВР України внести зміни в державний бюджет України в частині забезпечення цільового фінансування громадського здоров'я.

1. З метою створення єдиної системи громадського здоров'я:

– КМУ, МОЗ України та Державній установі «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» розробити та затвердити чітку структуру (як вертикаль, так і горизонталь управління) системи громадського здоров'я в Україні;

– КМУ, МОЗ України створити єдину багатосекторальну систему громадського здоров'я з координуючою роллю Міністерства охорони здоров'я України, що включатиме органи державної влади, органи місцевого самоврядування, бізнес-середовище, об'єднання громадян, науковців тощо;

– КМУ та МОЗ України забезпечити створення системи державного соціально-гігієнічного моніторингу та формування бази даних про стан здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини, сформованих на основі результатів аналізу причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення та впливом на нього факторів середовища життєдіяльності людини;

– Державній установі «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» забезпечити посилення інформаційно-аналітичної складової, у тому числі шляхом удосконалення та уніфікації підходів і практик до статистичної звітності та впровадження єдиних інформаційних електронних систем і технологій;

– МОЗ України, зокрема Державній установі «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» провести затвердження процесів забезпечення менеджменту якості послуг, що надаються лабораторною ланкою, шляхом стандартизації техніки і процедур діяльності, створення мережі референс-лабораторій, запровадження нових методик досліджень; чітке розмежування функцій оцінки та управління ризиками у сфері громадського здоров'я;

– КМУ, МОЗ України, МОН України, НАН України забезпечити координацію діяльності в області наукових досліджень, інновацій та трансферу технологій у сферу громадського здоров'я забезпечення готовності до спалахів особливо небезпечних хвороб та імплементації Міжнародних медико-санітарних правил.

– КМУ, МОЗ України, Державній установі «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» забезпечення проведення інформаційної та комунікаційної політики в сфері громадського здоров'я, що включає: організацію загальнонаціональних інформаційно-просвітницьких кампаній щодо шляхів попередження захворювань та переваг здорового способу життя тощо.

2. З метою кадрового забезпечення системи громадського здоров'я в Україні:

– МОЗ України, МОН України, профільним ВУЗ України розробити та затвердити навчальні програми, що базуються на кращому європейському та міжнародному досвіді, з підготовки фахівців для громадського здоров'я;

– Провести реформування додипломної та післядипломної підготовки працівників громадського здоров'я. Кадрова політика повинна стати невід'ємною

частиною державної політики у сфері громадського здоров'я, сприяти підготовці спеціалістів за спеціалізацією «громадське здоров'я».

– КМУ, МОЗ України створити умови для розвитку технологій, освітніх програм, спрямованих на здобуття населенням знань, закріплення навичок та вмінь щодо управління власним здоров'ям підтримку та розвиток системності інформаційних повідомлень стосовно здоров'я населення чи окремих груп.

4. З метою удосконалення фінансування та консолідації державних ресурсів для системи громадського здоров'я:

– ВРУ, КМУ, МОЗ України передбачити цільові видатки на виконання загальнодержавних і регіональних програм профілактичного спрямування, із залученням коштів державного бюджету, місцевих бюджетів та інших джерел, не заборонених законодавством;

– створити умови для можливостей отримання додаткового фінансування регіональних і міських ініціатив у сфері охорони здоров'я, втручань та дій у сфері промоції здорового способу життя шляхом проведення відкритих конкурсів на засадах конкуренції та відбору найкращих пропозицій;

– формування державної політики та принципів державно-приватного партнерства на вирішення соціально значимих проблем громадського здоров'я;

– запровадження нових механізмів фінансування системи громадського здоров'я, забезпечення прозорості та підзвітності використання доступних ресурсів.

На регіональному рівні

– З метою попередження розвитку хронічних захворювань, посилити профілактичну складову вітчизняної сфери охорони здоров'я, а саме: відновити систему обов'язкових медичних оглядів (диспансеризації) з метою ранньої діагностики захворювань, створення єдиного простору доступної для всіх верств населення медичної допомоги. Для цього продовжувати розвиток і укріплення первинної ланки, популяризацію інституту сімейного лікаря. Але в програму диспансеризації залучати таких фахівців, як: кардіологи, онкологи, фахівці з профзахворювань тощо. Необхідно відходити від системи епізодичного симптомного лікування до системи, що передбачає профілактику і відповідає потребам пацієнтів із хронічними захворюваннями з метою запобігання загострень та ускладнень;

– Окрім відповідальності за надання всебічної, безперервної та орієнтованої на пацієнта медичної допомоги, на первинній ланці медичної допомоги, до компетенцій первинної медико-санітарної допомоги віднести

функції здійснення протиепідемічних та профілактичних заходів щодо інфекційних хвороб, проведення індивідуальної та масової профілактики захворювань, проведення аналізу стану здоров'я населення, розробка рекомендацій з профілактики і зниження впливу негативних факторів, що є чинниками виникнення захворювань, розслідування поодиноких випадків інфекційних хвороб, проведення санітарно – просвітницької роботи серед населення з питань профілактики основних епідемічних та неепідемічних захворювань, навчання населення здоровому способу життя.

– Місцевим держадміністраціям забезпечити наступність та взаємозв'язок лікарів первинної ланки із службою громадського здоров'я, а також із соціальними службами та відповідними громадськими організаціями;

– *Місцевим держадміністраціям на базі КУ «Центрів громадського здоров'я», територіальних центрів соціального обслуговування та інших структур:*

– створити школи здорового способу життя та активного довголіття, а на базі великих установ створити школи здоров'я;

– з метою забезпечення безперервності та своєчасності епідконтролю, створення та розробка механізмів функціонування (включаючи фінансування) лабораторних підрозділів різних форм власності та підпорядкування, як єдиної мережі для реагування на загрози у сфері громадського здоров'я, у тому числі міжрегіональних (міжобласних) центрів контролю та профілактики хвороб;

– посилення контролю за роботою та підготовкою кадрів лаборантів клініко-діагностичних лабораторій закладів охорони здоров'я та територіальних закладів та підрозділів центру контролю та профілактики хвороб в частині своєчасної діагностики малярії, інших трансмісивних та завізних паразитарних хвороб, а також суворого дотримання лабораторіями санітарного, протиепідемічного режиму і методів досліджень;

– з метою успішного вирішення проблеми комплексної охорони і оздоровлення навколишнього середовища від збудників паразитозів, підвищення ефективності заходів щодо профілактики паразитарних хвороб і боротьби з ними необхідно й надалі проводити динамічний якісний санітарно-паразитологічний моніторинг за епідемічно важливими об'єктами довкілля, виявленням джерел і шляхів забруднення, результати дослідження яких використовувати в оперативній роботі фахівцями.

– здійснення державного санітарного нагляду за виконанням санітарних норм і правил на об'єктах водопостачання, харчової промисловості,

громадського харчування, торгівлі, навчально-виховними, оздоровлювальними, лікувально-профілактичними закладами, об'єктами промисловості та сільського господарства, застосування відповідних заходів та інформування органів виконавчої влади.

- підготовка пропозицій, проектів розпоряджень облдержадміністрації, рішень обласної ради по забезпеченню санітарного і епідемічного благополуччя населення, попередженню занесення і поширення особливо небезпечних (в т.ч. карантинних) та небезпечних інфекційних хвороб.

- забезпечення державного нагляду за виконанням прийнятих державних та обласних програм, комплексних планів направлених на забезпечення санепідблагополуччя населення.

- проведення розслідувань, спрямованих на встановлення причин та умов виникнення професійних захворювань (отруєнь).

- проведення аналізу санітарно-епідемічної ситуації, інфекційної та загальної захворюваності в області, районах і на окремих об'єктах та розробка заходів щодо її стабілізації і покращання.

- підвищення ефективності санепіднагляду за станом курортно-рекреаційних територій;

- посилення роботи щодо забезпечення медико-біологічного захисту населення і територій від завезення, розповсюдження небезпечних інфекційних хвороб і отруєнь людей;

- забезпечення планової імунізації населення, в першу чергу дитячого, на рівні 95% та її своєчасність в межах 85-90%;

- посилення роботи по попередженню серед населення інфекційних захворювань, насамперед соціально небезпечних - ВІЛ-інфекції та СНІДу, туберкульозу, а також карантинних інфекцій та поліомієліту;

- проведення гігієнічного навчання декретованих груп населення. Активне використання для санітарно-роз'яснювальної роботи засобів масової інформації.

- посилення роботи по попередженню ускладнення епідситуації з трансмісивних захворювань та їх розповсюдження на території області.

- Вдосконалення лабораторного контролю за рахунок розширення номенклатури досліджень та забезпечення їх гігієнічної цілеспрямованості.

- Прийняття заходів по закріпленню кадрів. Організація систематичного підвищення кваліфікації спеціалістів. Забезпечення кваліфікаційного рівня епіднагляду;

- Залучення громадянського суспільства, включаючи як бізнесові структури, так і неурядові громадські організації, до процесу формування та реалізації політики громадського здоров'я;
- Створення регіонального міжвідомчого колегіального органу з питань громадського здоров'я, залучення до роботи такого органу представників громадянського суспільства;
- Розробка та забезпечення функціонування (у тому числі фінансування) місцевих і регіональних комплексних та цільових програм, що відображають специфічні пріоритети громадського здоров'я на території Одеської області.
- Ведення чіткої та прозорої регіональної системи звітності за результатами впровадження програм і проектів в сфері громадського здоров'я та проведення громадських слухань з обговорення станів здоров'я населення та його детермінант забезпечення координації дій у сфері громадського здоров'я усіх секторів державного управління та зацікавлених сторін на регіональному рівні;
- Реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, що мають регіональне значення (наприклад, спалахи інфекційних хвороб);
- Забезпечення організації моніторингу причин і умов виникнення інфекційних хвороб та отруєнь з наданням матеріалів з цих питань відповідним центральним органам виконавчої влади (наприклад, Держпродспоживслужба України, Держпраці, тощо);
- Підтримка та розвиток систем епіднагляду, проведення оцінки та комплексного аналізу основних факторів ризику (поведінкові, біологічні, інші) та соціальних детермінант здоров'я, забезпечення здійснення епідеміологічного нагляду (спостереження) та подання матеріалів з цих питань до Центру громадського здоров'я МОЗ України;
- Картування захворюваності та поширеності, аналіз тенденцій, прогалін та нерівностей у доступності медичної допомоги на регіональному рівні, планування та організація спеціальних досліджень (включаючи скринінгові програми);
- Формування баз даних про стан здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини, сформованих на основі результатів аналізу причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення та впливом на нього факторів середовища життєдіяльності людини;
- Проведення регіональних комунікаційних кампаній у сфері громадського здоров'я

На районному та місцевому рівнях:

- Своєчасне інформування про випадки інфекційних захворювань, отруєнь серед населення, з якими вони працюють;
- Розслідування вогнищ інфекційних хвороб, які не поширюються за межі домогосподарств у відповідності до визначеного переліку;
- Реалізація програм у сфері громадського здоров'я на підставі укладених з ними договорами;
- Участь у ліквідації надзвичайних подій у сфері громадського здоров'я, які мають локальне значення;
- Виконавчим органам міських, сільських та селищних рад здійснювати контроль-наглядові функції за дотриманням санітарного законодавства публічними установами (зокрема, дошкільними та середніми навчальними закладами, готелями, саунами тощо) за винятком дотримання законодавства у сфері безпечності харчових продуктів.

Таким чином, для успішності державного регулювання розвитку системи громадського здоров'я в Україні необхідною умовою є зміна парадигми управління бюджетними видатками, методів та інструментів бюджетної політики. Передусім необхідно створити надійну систему коротко- та середньострокового макроекономічного планування як основи для прогнозування доходів бюджету та інших загальнодержавних фондів фінансових ресурсів, а також визначення стратегічних пріоритетів розподілу ресурсів. Їх форми мають задаватися соціальними параметрами, стандартами, пріоритетами.

У стратегічних цілях соціального розвитку України має бути врахований вплив різноманітних факторів, у тому числі й демографічний. Результати прогнозу чисельності та здоров'я населення України щодо збільшення питомої ваги здорового населення. Такі демографічні тенденції сприятимуть збільшенню частки економічно активного населення, що, у свою чергу, вплине на збільшення доходів державного бюджету. В країні мають відбутися кардинальні зміни у напрямках соціально-економічної політики. Особливого значення набуває політика здоров'я в кожному державну політику. Передусім слід реалізувати основний напрям державного регулювання – створення умов для збереження здоров'я, які б дали можливість кожному громадянину самостійно підтримувати необхідний рівень здоров'я.

Висновки до розділу 3

Зміни в сфері охорони здоров'я відповідно до сучасних вимог та викликів, потребують наукового обґрунтування та необхідність утворення нової моделі охорони здоров'я, яка б враховувала не лише стан, рівень технологічного і ресурсного забезпечення, а передусім – стан здоров'я населення й заходи щодо його збереження як на державному, так і на регіональному та місцевому рівнях.

Отже, для успішності державного регулювання розвитку системи громадського здоров'я в Україні необхідною умовою є зміна парадигми управління, методів та інструментів державної політики. Передусім необхідно створити надійну систему коротко- та середньострокового планування як основи для розвитку громадського здоров'я як на державному, так і регіональному та місцевому рівнях.

У стратегічних цілях розвитку України має бути врахований вплив різноманітних факторів, у тому числі й демографічний. Результати прогнозу чисельності та здоров'я населення України щодо збільшення питомої ваги здорового населення. Такі демографічні тенденції сприятимуть збільшенню частки економічно активного населення, що, у свою чергу, вплине на збільшення доходів державного бюджету. В країні мають відбутися кардинальні зміни у напрямках соціально-економічної політики. Особливого значення набуває політика здоров'я в кожному державну політику. Передусім слід реалізувати основний напрям державного регулювання – створення умов для збереження здоров'я, які б дали можливість кожному громадянину самостійно підтримувати необхідний рівень здоров'я.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі наведено теоретичне узагальнення й нове вирішення актуального наукового завдання, яке полягає в дослідженні теоретичних засад та виробленні практичних рекомендацій щодо удосконалення державного регулювання розвитку системи громадського здоров'я в Одеській області. Отримані в процесі дослідження результати свідчать про досягнення мети, вирішення поставлених завдань та дають підстави для формулювання низки узагальнюючих висновків, пропозицій та рекомендацій, що мають теоретичне і практичне значення.

1. Проведене дослідження понятійного апарату громадського здоров'я дає право стверджувати, що сучасне визначення «громадського здоров'я» трактується як «виконання інтересу суспільства в забезпеченні умов, у яких люди можуть бути здоровими, а також організацію громадських зусиль, спрямованих на профілактику захворювань і зміцнення здоров'я». «Пацієнтом» Для громадського здоров'я є суспільство, тому метою громадського здоров'я є профілактика захворюваності та інвалідності, а основними завданнями - оцінка, розробка політики і забезпечення, або, іншими словами, вироблення, моніторинг і корекція концепції, стратегії й тактики в проведенні політики у вітчизняній сфері охорони здоров'я.

2. Показано, що в останні роки у системах охорони здоров'я, у тому числі й громадського здоров'я, фактично всіх розвинутих країн світу, дедалі активніше застосовуються моделі регулювання, що базуються на стратегіях упорядкування та спрямування, пов'язаних з формуванням так званих планово регульованих ринків, у поєднанні з моделями децентралізації, саморегулювання та міжсекторального співробітництва.

В Україні сьогодні гостро відчувається потреба в комплексних дослідженнях державного регулювання розвитку вітчизняної системи громадського здоров'я. Адже як вказують експерти ВООЗ, збереження здоров'я населення ставить перед суспільством необхідність вирішення не лише суто медичних, але й ряду проблем політичного, економічного, соціального, культурного, психологічного характеру тощо, зростає потреба не лише в різних видах медичної, але й соціально-побутової допомоги. Тому побудова вітчизняної сфери охорони здоров'я повинна базуватись на ґрунтовних науково доведених рекомендаціях з урахуванням нових викликів для здоров'я населення як на рівні країни, так і на регіональному та місцевому рівнях.

3. Проведений аналіз нормативно–правового забезпечення діяльності системи громадського здоров'я в Україні показав, що в нашій країні потрібно створювати законодавче підґрунтя не лише для розвитку власне системи громадського здоров'я, а й для забезпечення координації міжсекторальної взаємодії, спрямованої на підвищення рівня громадського здоров'я. Вкрай важливим є також законодавче закріплення вимоги щодо необхідності врахування потреб охорони здоров'я в усіх політиках держави, зокрема шляхом вказівки на це в Законі України «Про засади внутрішньої і зовнішньої політики», у який слід внести відповідні зміни, а також розроблення й ухвалення Закону України «Про громадське здоров'я та забезпечення епідемічного благополуччя населення України».

4. Проведене дослідження сучасного стану громадського здоров'я в Одеській області показало, що:

За медико–демографічною ситуацією:

- в останні роки в області, як і в цілому по країні, незадовільний стан здоров'я населення характеризується низьким рівнем народжуваності, високою смертністю, від'ємним природним приростом і демографічним старінням населення;
- на фоні несприятливих демографічних змін відбувається подальше погіршення стану здоров'я населення з істотним підвищенням в усіх вікових групах рівнів захворюваності і поширеності хвороб, зокрема хронічних неінфекційних захворювань, включаючи хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, хронічні обструктивні хвороби легень, цукровий діабет та інші хвороби;
- на хронічну патологію страждають до 60% дорослого та майже 20% дитячого населення. Викликає занепокоєння тенденція до погіршення стану здоров'я молоді, збільшення частоти соціально-небезпечних хвороб, у тому числі туберкульозу та ВІЛ/СНІД, розладів психіки тощо;
- зростання захворюваності населення відбувається внаслідок поширення чинників ризику та незадовільною екологічною ситуацією регіону;
- накопичення захворюваності та зростання кількості хронічних захворювань населення;
- поглиблення епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції та СНІД.

Основними найважливішими екологічними проблемами області є:

- незадовільний екологічний стан басейнів річок Дністер і Дунай, які є основними джерелами водопостачання регіону, відповідно – незабезпеченість населення якісною питною водою;
- скидами забруднюючих речовин у транскордонні водотоки з території Республіки Молдова, Румунії;
- незадовільним станом каналізаційних очисних споруд;
- проблемою утворення, зберігання, утилізації та знешкодження токсичних (небезпечних) відходів;
- незадовільною санітарно-екологічною ситуацією озера Сасик та прилеглих територій, Придунайських озер, екологічною проблемою, пов'язаною з експлуатацією ЗАТ Молдавська ДРЕС;
- деградацією приморських рекреаційних зон, прогресуючим підтопленням територій, розповсюдженням зсувних процесів;
- забруднення водних об'єктів скидами забруднюючих речовин із зворотними водами промислових підприємств, підприємств житлово-комунального господарства;
- проблеми щодо поводження з відходами I-III класів небезпеки;
- поширення екзогенних геологічних процесів.

За поширенням особливо небезпечних інфекцій Одеська область відноситься до регіону, в якому є ризик виникнення та поширення особливо небезпечних інфекційних захворювань. Тому вкрай важливим є розвиток і посилення діяльності закладів епідеміологічного нагляду.

Соціально-економічні та природні особливості Одеської області обумовлюють специфіку діяльності епідеміологічного нагляду, необхідність корегування напрямків нагляду та посилення окремих його галузей.

6. Спроможність України до економічного зростання значною мірою залежить від стану здоров'я населення і можливості його покращення, тобто – від стану громадського здоров'я. Тому вкрай важливим є формувати науковообґрунтовані пропозиції щодо напрямів удосконалення державного регулювання розвитку громадського здоров'я як на державному, так і регіональному та місцевому рівнях.

Наразі державна санепідслужба, лівова частка функцій якої якраз і забезпечувала громадське здоров'я, розформована, а належною альтернативи досі не сформовано. Тому створюються ті проблеми, про які ми вказували вище: різке зменшення кількості проведених аналізів санітарно-епідеміологічного благополуччя, скороченням висококваліфікованих фахівців всіх ланок

епіднагляду, наростаючі проблеми довкілля та біобезпеки, нереформована система охорони здоров'я.

Наведене, на нашу думку, вимагає наступних заходів:

На Державному рівні

З метою удосконаленні законодавчої бази, яка б регламентувала розвиток громадського здоров'я в Україні:

- законодавчо закріпити вимоги щодо необхідності врахування потреб охорони здоров'я в усіх політиках держави, шляхом внесення відповідних змін в Закон України «Про засади внутрішньої і зовнішньої політики», прийняти Закон України «Про систему громадського здоров'я»;
- розробити та затвердити державну цільову програму, яка створить економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері громадського здоров'я;
- розробити пакет законодавчих актів, з метою забезпечення функціонування єдиної системи громадського здоров'я, забезпечити перегляд та оптимізацію регуляторної політики у сфері громадського здоров'я; провести адаптацію чинного законодавства у сфері громадського здоров'я до законодавства ЄС, перехід до застосування технічних регламентів (у частині безпечності нехарчової продукції);
- розробити та затвердити чітку структуру (як вертикаль, так і горизонталь управління) системи громадського здоров'я в Україні;

З метою кадрового забезпечення системи громадського здоров'я в Україні:

- розробити та затвердити навчальні програми, що базуються на кращому європейському та міжнародному досвіді, з підготовки фахівців для громадського здоров'я;
- провести реформування додипломної та післядипломної підготовки працівників громадського здоров'я. Кадрова політика повинна стати невід'ємною частиною державної політики у сфері громадського здоров'я, сприяти підготовці спеціалістів за спеціалізацією «громадське здоров'я».
- створити умови для розвитку технологій, освітніх програм, спрямованих на здобуття населенням знань, закріплення навичок та вмій щодо управління власним здоров'ям підтримку та розвиток системності інформаційних повідомлень стосовно здоров'я населення чи окремих груп.

На регіональному та місцевому рівнях

- З метою попередження розвитку хронічних захворювань, посилити профілактичну складову вітчизняної сфери охорони здоров'я, а саме: відновити систему обов'язкових медичних оглядів (диспансеризації) з метою ранньої діагностики захворювань, створення єдиного простору доступної для всіх верств населення медичної допомоги. Для цього продовжувати розвиток і укріплення первинної ланки;

- до компетенцій первинної медико-санітарної допомоги віднести функції здійснення протиепідемічних та профілактичних заходів щодо інфекційних хвороб, проведення індивідуальної та масової профілактики захворювань, проведення аналізу стану здоров'я населення;

- забезпечити наступність та взаємозв'язок лікарів первинної ланки із службою громадського здоров'я, а також із соціальними службами та відповідними громадськими організаціями;

- з метою забезпечення безперебійності та своєчасності епіднагляду, створення та розробка механізмів функціонування (включаючи фінансування) лабораторних підрозділів різних форм власності та підпорядкування, як єдиної мережі для реагування на загрози у сфері громадського здоров'я, у тому числі міжрегіональних (міжобласних) центрів контролю та профілактики хвороб;

- посилення контролю за роботою та підготовкою кадрів лаборантів клініко-діагностичних лабораторій закладів охорони здоров'я та територіальних закладів контролю та профілактики хвороб в частині своєчасної діагностики малярії, інших трансмісивних та завізних паразитарних хвороб, а також суворого дотримання лабораторіями санітарного, протиепідемічного режиму і методів досліджень;

- з метою успішного вирішення проблеми комплексної охорони і оздоровлення навколишнього середовища від збудників паразитозів, підвищення ефективності заходів щодо профілактики паразитарних хвороб і боротьби з ними необхідно й надалі проводити динамічний якісний санітарно-паразитологічний моніторинг за епідемічно важливими об'єктами довкілля, виявленням джерел і шляхів забруднення, результати дослідження яких використовувати в оперативній роботі фахівцями.

- здійснення державного санітарного нагляду за виконанням санітарних норм і правил на об'єктах водопостачання, харчової промисловості, громадського харчування, торгівлі, навчально-виховними, оздоровлювальними, лікувально-профілактичними закладами, об'єктами промисловості та сільського

господарства, застосування відповідних заходів та інформування органів виконавчої влади;

- ведення чіткої та прозорої регіональної системи звітності за результатами впровадження програм і проектів в сфері громадського здоров'я та проведення громадських слухань з обговорення станів здоров'я населення та його детермінант забезпечення координації дій у сфері громадського здоров'я усіх секторів державного управління та зацікавлених сторін на регіональному рівні та інші.

В країні мають відбутися кардинальні зміни у напрямках соціально-економічної політики. Особливого значення набуває політика здоров'я в кожному державному політику. Передусім слід реалізувати основний напрям державного регулювання – створення умов для збереження здоров'я, які б дали можливість кожному громадянину самостійно підтримувати необхідний рівень здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т. П. Напрями удосконалення сфери охорони здоров'я в умовах постаріння населення України : аналітична записка [Електронний ресурс] / Т. П. Авраменко. – Режим доступу : <http://www.niss.gov.ua/articles/934>.
2. Алма-Атинская декларация. Принята на международной конференции по первичной медико-санитарной помощи 12 сентября 1978 г. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf.
3. Бакай А.Є., Публічна політика щодо забезпечення міжсекторальної взаємодії при виникненні надзвичайних ситуацій / А.Є. Бакай., Т.П. Авраменко // Державна служба та публічна політика : проблеми і перспективи розвитку : матеріали щоріч. Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар. участю (Київ, 27 трав. 2016 р.) / за заг. ред. А.П.Савкова, М.М.Білінської, С.В.Загороднюка. - Київ : НАДУ, 2016. – С. 155-157.
4. Гвоздїй С. П. Вплив екологічної ситуації Одеської області на здоров'я населення. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.rusnauka.com/18_EN_2009/Ecologia/48236.doc.htm.
5. Гладун Зіновій Степанович. Адміністративно–правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення в Україні : Дис... д-ра наук: 12.00.07 – 2015.
6. Гладун З. С. Організаційно-правові проблеми формування і реалізації державної політики охорони здоров'я // „Актуальні питання політики” / Зб. наукових праць ОНЮА. – 2004. – №17. – С. 118.
7. Гладун З. С. Охорона здоров'я населення, як об'єкт комплексного правового регулювання / З. Гладун // Право України. – 2008. – № 12. – С. 30 – 35.
8. Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я : монографія / З. С. Гладун. – Тернопіль: Академкнига, 2000. – 312 с.
9. Гревцова Р. Ю. Актуальні проблеми правового регулювання охорони громадського здоров'я в Україні. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://applaw.knu.ua/index.php/arkhiv-nomeriv/1-11-2015/item/425-aktualni-problemy-pravovoho-rehulyuvannya-okhorony-hromadskoho-zdorov-ya-v-ukrayini-hrevtsova-r-yu>.
10. Грузева Т.С. Сучасні особливості та тенденції стану здоров'я сільського населення // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – №1. – С. 21-29.

11. Грузева Т.С. Фактори ризику в формуванні здоров'я населення // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – №2. – С. 9-16.

12. Гульчій О. П., Короленко В. В. Громадське здоров'я в Україні: вершник без голови? – Ваше здоров'я. – № 46–7 [1277–1278] від 14 листопада 2014 р. – С. 10-11 [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/gromadske-zdorovyua-v-ukra%D1%97ni-vershnik-bez-golovi/>.

13. Дані Головного управління державної санітарно-епідеміологічної служби в Одеській області [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://odses.gov.ua/>.

14. Дані Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>.

15. Державна політика та економіка охорони здоров'я. Практикум Білінська М., Григорович В., Жаліло Л. та ін.; За заг. ред. І. Розпутенка, І. Солоненка. – К.: Вид-во “К.І.С.”, 2002. – 216 с.

16. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. / у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я.Ф.Радиш; передм. та за заг. ред. проф. М.М.Білінської, проф. Я.Ф.Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. – 396 с.

17. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» 19 листопада 1992 року N 2801-XII [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2801-12>.

18. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии / Всемирная организация здравоохранения 2008 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

19. Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. / Т.П. Авраменко. – К.: НІСД, 2012. – 35 с.

20. Карамішев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я: (державно-управлінські аспекти) / Д.В. Карамішев – Х: Магістр, 2004. – 303 с.

21. Князевич В. М. Медична галузь потребує системних змін / В. М. Князевич // 36. наук. пр. співробіт. НМАПО ім. П. Л. Шупика. – К. : НМАПО ім. П. Л. Шупика, 2008. – С. 5–7.

22. Князевич В. М. Наукове обґрунтування оптимізації системи інтенсивної медичної допомоги населенню України: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Князевич В. М. – К, 2009. – 36 с.

23. Князевич В. М. Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розбудови / В. М. Князевич // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2008. – № 3 (3). – С. 23–37.

24. Князевич В.М. Перспективи розвитку публічного управління у сфері громадського здоров'я України в умовах системних змін / В.М. Князевич, Т.П. Авраменко, В.В. Короленко // Вісн. НАДУ. – 2016. – № 1(80). – С. 56-66.

25. Коаліційна угода Верховної Ради України VIII скликання. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MUS23590.html.

26. Конституція України: Прийнята на п'ятій сес. Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. – К. : Юрінком, 1996. – 84 с.

27. Кризина Н. П. Індекс людського розвитку – інтегральний показник ефективності державної політики в галузі охорони здоров'я / Н. П. Кризина // Вісн. НАДУ. – 2005. – №2. – С. 503-509.

28. Кризина Наталія Павлівна. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації : Дис... д-ра наук: 25.00.02 – 2008.

29. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К, 2009. – 34 с.

30. Лисицин Ю.П. Санология – наука об общественном здоровье и здоровом образе жизни // Здравоохран. Рос. Федерации. – 1989. – №6. – С. 3-8.

31. Мартинюк О. І. Розвиток міжгалузевої взаємодії у державному управлінні охороною здоров'я населення : автореф. дис.... на здобуття наук. ступеня канд. наук держ. упр. : спец. 25.00.02. “Механізми держ. упр.” / О. І. Мартинюк – К. : Вид-во НАДУ, 2006. – 20 с.

32. Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги населенню в регіональному аспекті. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.uiph.kiev.ua/.../Mediko-demografichna%20situacia.%202013.pdf.

33. Мета програми «Здоров'я – 2020: український вимір» - профілактика захворювань, а не лікування хворих [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20111025_2.html.

34. Михайлюк О. Л. Екологічні ризики розвитку оздоровчого туризму в одеській області. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://dspace.oneu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/96.pdf>.

35. Найда І. Особливості формування бачення для груп стратегічного планування розвитку охорони здоров'я на місцевому рівні / І. Найда., К. Надутий,

Т. Авраменко // XVI Конгрес Світової Федерації Товариств (8–23 серпня 2016 р., м. Берлін – м. Київ) : матеріали., — Одеса: Видавництво Бартенєва, 2016— С 312: ISBN 978-966-1601-05-4. – С. 29-31.

36. Найда І. Сильні сторони і ризики різних варіантів залучення експертних спільнот до вироблення місцевої політики охорони здоров'я / І. Найда., К. Надутий, Т. Авраменко // XVI Конгрес Світової Федерації Товариств (8–23 серпня 2016 р., м. Берлін – м. Київ) : матеріали., — Одеса: Видавництво Бартенєва, 2016— С 312: ISBN 978-966-1601-05-4 – С. 27-29.

37. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://healthsag.org.ua/strategiya/>.

38. Обласна цільова програма «Здоров'я» . [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mednet.odessa.gov.ua/info/d-yal-n-st/clov-programi/oblasna-clova-programa-zdorovya-na-2014-2018-roki/?year=2015&month=9>.

39. Оболенський О. Ю. Опорний конспект лекцій з навчальної дисципліни «Публічне управління» : наук. розробка / О.Ю. Оболенський, С.О. Борисевич, С.М. Коник // Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, Упр. орг. фундам. та приклад. дослідж., Каф. держ. упр. і менедж. – К. : НАДУ, 2011. – 56 с.

40. Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закон від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

41. Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко та ін.. – К. : Здоров'я, 2003. – 396 с.

42. Питання Міністерства охорони здоров'я, Розпорядження Кабінету Міністрів України від 2 вересня 2015 р. № 909-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/909-2015-%D1%80>.

43. Права людини в галузі охорони здоров'я. – Харків: Права людини, 2011. – 176 с.

44. Про внутрішнє та зовнішнє становище України у сфері національної безпеки : Аналітична доповідь Національного інституту стратегічних досліджень до позачергового Послання Президента України до Верховної Ради України. – К. : НІСД, 2014. – 148 с.

45. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення : Верховна Рада України; Закон від 24 лютого 1994 р. № 4004-ХІІ // Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 27. – Ст. 218.

46. Про імплементацію Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17 вересня 2014 року № 847-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/847-2014-%D1%80>.

47. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року №1002-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799>.

48. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування (Монографія) / Радиш Я. Ф. / передмова і заг. ред. – проф.. Н. Р. Нижник. – К. : вид-во УАДУ, 2001. – 360 с.

49. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку : дис. д-ра наук з держ. упр. : 25. 00. 01 / Я. Ф. Радиш. – К., 2003. – 447 с.

50. Радиш Я. Ф. Основи державної політики України в галузі охорони здоров'я / Я. Ф. Радиш // Вісн. УАДУ. – 2001. – С. 209–214.

51. Радиш Я. Ф., Кризина Н. П. Теоретичні проблеми державного управління системою охорони здоров'я в дисертаційних дослідженнях українських науковців (1998 – 2005 рр.) // Зб. наук. пр. Дон. ДУУ: “Соціальний менеджмент і управління інформаційними процесами”: серія “Державне управління”, т. VII, вип. 61. – Донецьк: Дон.ДУУ, 2006. – С. 3 – 21.

52. Регіональна доповідь про стан навколишнього природного середовища в Одеській області у 2014 році. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://ecology.odessa.gov.ua/files/ecology_portal/regionalnadopovid2014.pdf.

53. Рекомендації парламентських слухань на тему «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України»: Проект // Аптека. – 4 грудня 2014 г. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/253443>.

54. Рингач Н. О. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки : монографія / Н. О. Рингач. – К. : НАДУ, 2009. – 296 с.

55. Рожкова І. В. Розвиток конкурентоспроможності регіонального управління у сфері охорони громадського здоров'я : монографія / Рожкова І. В. – К. : Фенікс, 2009. – 384 с.

56. Рудий В. М. Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні / В. М. Рудий. – К. : Вид-во “Сфера”, 2005. – 271 с.

57. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Рудий. – К.: Сфера, 2005. – 272 с.
58. Солоненко І. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я (із світового досвіду) / І. Солоненко, Н. Солоненко // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 3. – С. 34–38.
59. Солоненко І. М. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні : навч. посіб. / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. – К. : Вид-во НАДУ, 2004. – 116 с.
60. Солоненко І. М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. – К. : Фенікс, 2008. – 276 с.
61. Сфера охорона здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти / В.І. Куценко, Г.І. Трілленберг. – Київ, 2005. – 366 с.
62. Солоненко Н. Економіка здоров'я: Навч. посіб. – К. : Вид-во НАДУ, 2005. – 416с.
63. Соціальна і гуманітарна політика : підручник / [авт. кол. : В. П. Трощинський, В. А. Скуратівський, М. В. Кравченко та ін.] ; за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського. – К. : НАДУ, 2016. – 792 с. (Авраменко Т.П. - С. 471–506).
64. Статистичний збірник «Довкілля Одеської області». [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.od.ukrstat.gov.ua/>.
65. Статистичний збірник «Населення Одеської області за 2013 рік». [Електронний ресурс]. – Режим доступу : od.ukrstat.gov.ua/katalog_2014.htm.
66. Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке / Региональное Бюро Всемирной организации здравоохранения, 2014 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/governance-for-health-in-the-21st-century>.
67. Сучасне українське медичне право: Монографія / За заг.ред. С.Г. Стеценка. – К.: Атіка, 2010. – 496 с.
68. Цивільний кодекс України: Закон, Кодекс від 16 січня 2003 р. № 435-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – №№ 40–44. – Ст. 356.
69. Термінологічний словник-довідник менеджера охорони здоров'я / Кол. авт.; Упорядники – М.П. Бойчак, Я.Ф. Радиш, Передмова та загальна редакція – В.Я. Білий, Б.П. Криштопа – К. – 2001. – 240 с.

70. Томилин С.А. Демография и социальная гигиена : монография / С.А. Томилин. – К.: Межрегиональный издательский центр «Мединформ», 2007. – 420 с.

71. Томсон С. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения [Электронный ресурс] / С. Томсон, Т. Фубистер, Е. Моссиалос ; ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранению. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf.

72. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, на 2014–2017 роки (Угоду ратифіковано із заявою Законом № 1678-VII від 16.09.2014). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/984_011.

73. Цивільний кодекс України / Закон, Кодекс від 16.01.2003 № 435-IV [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/435-15/page6>.

74. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.uiph.kiev.ua/index.asp?p=annual>.

75. Юрочко Т. Нова ідеологія державного управління охороною здоров'я України з метою збереження здоров'я нації – управління змінами / Т. Юрочко // Реформування публічного управління та адміністрування: теорія, практика, міжнародний досвід : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. за міжнар. участю. 28 жов. 2016 р. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2016. – 428 с. – С. 409-410.

76. Brown T. The World Health Organization and the transition from «international» to «global» public health / T. Brown, M. Cueto, E. Fee // Amer. J. Public Health. – 2006. – Vol. 96. – P. 62–72.

77. Cooney M. Cardiovascular risk age: concepts and practicalities / M. Cooney, E. Vartiainen, T. Laatikainen et al. // Heart. – 2012. – Vol. 98. – P. 941–946.

78. De Fatima Marinho de Souza M. Cardiovascular disease mortality in the Americas: current trends and disparities / M. De Fatima Marinho de Souza, V. Gawryszewski, P. Ordunez et al. // Heart. – 2012. – Vol. 98. – P. 1207–1212.

79. Establishing a European centre for disease prevention and control, REGULATION (EC) No 851/2004 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 21 April 2004. [Електронний ресурс]. – Режим доступу :

http://ecdc.europa.eu/en/aboutus/Key%20Documents/0404_KD_Regulation_establishing_ECDC.pdf.

80. EUR/RC62/12 Rev.1 Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf.

81. EUR/RC62/8 Health 2020: policy framework and strategy. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/en/aboutus/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc628-health-2020-policy-framework-and-strategy>.

82. Georgieva L. Bulgaria: Health system review / L. Georgieva, P. Salchev, S. Dimitrova, A. Dimitrova, O. Avdeeva. – Health Systems in Transition, 2007 – 178 p. – Accessed mode : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/80592/E90023.pdf.

83. Global Health Education Consortium // Global vs international.– 2009. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://globalhealthedu.org/Pages/GlobalvsInt.aspx>.

84. Hunter D.J. Noncommunicable diseases / D.J Hunter, K.S. Reddy // New Engl. J. Med.– 2013.– Vol. 369.– P. 1336–1343.

85. Institute of Medicine // The future of public health.– Washington, DC: National Academy Press, 1988. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://iom.nationalacademies.org/Reports/1988/The-Future-of-Public-Health.aspx>.

86. Koplan J.P. Towards a common definition of global Health / J.P. Koplan, T.C. Bond, M.H. Merson et al. // Lancet.– 2009.– Vol. 373.–P. 1993–1995.

87. Macfarlane S. In the name of global health trends in academic institutions / S. Macfarlane, M. Jacobs, E. Kaaya // J. Public Health Policy.– 2008.– Vol. 29.– P. 383–401.

88. Ntsekhe M. Recent advances in the epidemiology, outcome, and prevention of myocardial infarction and stroke in sub-Saharan Africa / M. Ntsekhe, A. Damasceno // Heart. – 2013. – Vol. 99. – P. 1230–1235.

89. O’Flaherty M. Contributions of treatment and lifestyle to declining CVD mortality: why have CVD mortality rates declined so much since the 1960s? / M. O’Flaherty, I. Buchan, S. Capewell // Heart. – 2013. – Vol. 99. – P. 159–162.

90. Salomaa V. Aging of the population may not lead to an increase in the numbers of acute coronary events: a community surveillance study and modelled

forecast of the future / V. Salomaa, A. Havulinna, H. Koukkunen et al. // *Heart*. – 2013. – Vol. 99. – P. 954–959.

91. Winslow C.E.A. The Untilled Fields of Public Health. / C.E.A. Winslow // *Science*. – 1920. – Vol.51 (1306). – P. 23–33.

92. Yusuf S. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization / S. Yusuf, S. Reddy, S. Ounpuu et al. // *Circulation*. – 2001. – Vol. 104. – P. 2746–2753.