

Затверджено
на засіданні кафедри
загальної гігієни та екології
28 серпня 2025 року протокол №1

завідувач кафедри ЗВО



Ольга БРАТКОВА

МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ
до семінарських занять з дисципліни «Громадсько здоров'я»
для інтернів
(спеціальність «Педіатрія»)
на 2025 – 2026 навч. рік

Тема 1. Концепції громадського здоров'я та профілактики захворювань. Визначення, цілі та принципи громадського здоров'я. Моделі та теорії профілактики.

Тема 2. Детермінанти здоров'я. Інновації та цифровізація у громадському здоров'ї. Етичні та правові аспекти цифровізації. Питання конфіденційності даних, безпеки даних та відповідальності при використанні.

Тема 3. Стратегії успішного впровадження проєктів громадського здоров'я: системне управління, адаптивний моніторинг та ефективна комунікація зі стейкхолдерами. Приклади стейкхолдерів у проєктах громадського здоров'я та їх роль в реалізації проєктів.

Тема 4. Основні види проєктів у громадському здоров'ї та їхня роль у формуванні здорового суспільства. Класифікація, призначення та цільові групи проєктів громадського здоров'я.

Тема 5. Оцінка ефективності проєктів надання послуг громадського здоров'я. Розробка індикаторів оцінки та оцінка результатів та впливу на здоров'я населення.

Тема 6. Інновації та цифровізація у громадському здоров'ї. Проєкти у сфері цифровізації медичної інформації та Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ). Питання конфіденційності та безпеки даних, відповідальності при використанні.

Тема 7. Ініціативи з розвитку первинної медичної допомоги та забезпечення широкого доступу до медичних послуг. Телемедицина без кордонів: як онлайн-консультації розширюють доступ до лікарів для жителів віддалених громад.

Тема 8. Стратегії профілактики захворювань у громадах. Програми скринінгу та раннього виявлення захворювань. Концепції комплексного запобігання інфекційним та неінфекційним хворобам на рівні громади. Ключові аспекти планування, впровадження та оцінки ефективності вакцинації в системі громадського здоров'я.

Тема 1: КОНЦЕПЦІЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ. ВИЗНАЧЕННЯ, ЦІЛІ ТА ПРИНЦИПИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я. МОДЕЛІ ТА ТЕОРІЇ ПРОФІЛАКТИКИ.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: ознайомлення з основними поняттями, цілями та принципами громадського здоров'я, а також вивчення різних моделей та теорій профілактики.

ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ:

1. Визначення та система громадського здоров'я.
2. Поняття здоров'я та його складові.
3. Місія громадського здоров'я.
4. Структура системи громадського здоров'я в Україні.
5. Основні принципи громадського здоров'я.
6. Програми та моделі профілактики хвороб.

ЗАВДАННЯ:

1. Обговорення цілей та принципів громадського здоров'я.
2. Аналіз та порівняння різних моделей громадського здоров'я, оцінка їх вплив на профілактику захворювань.
3. Вирішення ситуаційних задач по темі заняття.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Закон України №2573-ІХ "Про систему громадського здоров'я", що регулює цю сферу.
2. Павленко Ю. І., Литвиненко О. В., Холод Н. В. Громадське здоров'я: підручник / за заг. ред. Ю. І. Павленка. - Київ : Медицина, 2018. – 432 с.
3. Ярук І.Б. Громадське здоров'я: теорія та практика: навч. посібник. - Київ-Хмельницький : ЦНЛ, 2017. – 312 с.
4. Ковальчук С. О., Поляк І. В. Профілактика і здоров'я: міждисциплінарний підхід. - Луцьк : Надстир'я, 2015.– 200 с.
5. Заремба В. Д. Громадське здоров'я: психологія. - Чернівці : Чернівецький національний університет ім. Ю. Федьковича, 2019. – 176 с.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Громадське здоров'я (англ. *Public health*), (визначення ВООЗ) – це наука та практика попередження захворювань, збільшення тривалості життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства.

Система громадського здоров'я – комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства.

Громадське здоров'я включає в себе міждисциплінарні підходи епідеміології, біостатистики і охорони здоров'я. Іншими важливими галузями є гігієна довкілля, здоров'я населення, психогігієна, безпека руху, економіка охорони здоров'я, державна політика, психічне здоров'я, страхова медицина, безпека та гігієна праці, тощо.

Сучасне громадське здоров'я – це робота багатопрофільних бригад громадського здоров'я, включаючи лікарів, що спеціалізуються в галузі громадського здоров'я, комунальної медицини, інфекційних захворювань, психологів, епідеміологів, біостатистів, медичних мікробіологів, посадових осіб із санітарного стану навколишнього середовища, інспекторів громадського здоров'я, фармацевтів,

стоматологів, медсестер за напрямком громадського здоров'я, дієтологів і нутриціологів, ветеринарів, інженерів громадського здоров'я, юристів у галузі громадського здоров'я, соціологів, спеціалістів з розвитку громад, експертів комунікації, спеціалістів з біоетики, тощо.

У центрі уваги громадського здоров'я є поліпшення здоров'я та якості життя шляхом профілактики і лікування захворювань та інших фізичних і психічних станів. Це робиться завдяки епідеміологічному нагляду за випадками та індикаторами здоров'я і шляхом пропаганди здорового способу життя. Прикладами загальних заходів громадського здоров'я є заохочення миття рук, грудного вигодовування, проведення вакцинації і розповсюдження презервативів для боротьби з поширенням захворювань, що передаються статевим шляхом.

Система громадського здоров'я, як основа профілактичної медицини, повинна втілювати основні системні заходи та бути спрямованою на збереження здоров'я населення і відповідно зменшувати потребу у витратах на медичне обслуговування.

Складові здоров'я:

✚ *фізичне здоров'я* – функціонування людського організму і стан здоров'я кожної з його систем. Для нас важливо знати, як повинен функціонувати наш організм, як визначити, чи все гаразд у нас із здоров'ям;

✚ *розумове здоров'я* – це наша здатність отримувати інформацію, наша обізнаність, звідки отримувати необхідну інформацію, як її використовувати. Ми повинні вміти збирати потрібні знання із різноманітних джерел і бути спроможними використовувати цю інформацію для прийнятті рішень стосовно нашого організму;

✚ *емоційне здоров'я* – це здатність розуміти наші почуття і виражати їх. Знання про те, як відчуваємося ми самі і як відчуваються інші. Допомогає нам виражати свої почуття у зрозумілий для інших спосіб. Важливо комфортно почувати себе, беручи до уваги діапазон емоцій, і знати коли людям добре, а коли ні;

✚ *соціальне здоров'я* – це те, як ми відчуваємо себе в якості індивідумів чоловічої або жіночої статі, як ми взаємодіємо з іншими людьми. Нам необхідно розуміти, що дійсно є для нас важливим у взаємовідносинах з друзями, сім'єю, коханими і всіма тими з ким ми взаємодіємо. Ми повинні виробляти вміння, які допоможуть нам у цих взаємовідносинах;

✚ *особисте здоров'я* – це відчуття себе як особи. Відчуття розвитку свого «єго» («его» це частина нашої суті, яка вимагає від нас розвитку почуття власної особистості і самовдосконалення), це наші сподівання у досягненнях, наше уявлення про успіх. Кожен з нас знаходить унікальні способи самовираження, залежно від того, що ми цінуємо і чого ми сподіваємося досягти для себе та суспільства. Наприклад, деякі люди знаходять самореалізацію в своїй роботі або кар'єрі, інші в сім'ї, а ще інші в діяльності на благо інших. Ми можемо визначити для себе те, що приносить задоволення власному «єго»;

✚ *духовне здоров'я* – є серцевиною складових здоров'я. Духовне здоров'я є стрижнем нашого існування. Це суть нашого буття (те що ми цінуємо і що є для нас найважливішим). Духовність дає можливість зрозуміти співвідношення аспекту духовного здоров'я з іншими п'ятьма.

У центрі уваги громадського здоров'я є запобігання і управління захворюваннями, травмами та іншими станами, пов'язаних зі здоров'ям, шляхом нагляду і пропагування здорового способу життя, здорових громад та навколишнього середовища. Багато захворювань можуть бути попереджені за допомогою простих і немедичних методів.

Прикладами звичайних заходів громадського здоров'я є різні (які спрямовані на попередження тих чи інших хвороб – флешмоби, прес-конференції, акції, круглі столи, семінари – тренінги та інше) комунікаційні програми громадського здоров'я, програми вакцинації та роздавання презервативів. Такі та подібні заходи вносять значний вклад в здоров'я населення і збільшення тривалості життя.

Місія громадського здоров'я – максимально поліпшити здоров'я та добробут людей і громад на національному та глобальному рівнях. Щоб досягти цього, громадське здоров'я має вирішити такі питання:

1. Досягнення максимальної якості життя та здоров'я, економічного зростання та справедливості для всіх верств суспільства.
2. Профілактика та лікування хвороб та інвалідності.
3. Екологічні, біологічні, професійні, соціально-економічні фактори, що загрожують здоров'ю та життю людини з фокусом на:
 - хвороби та хворобливі стани, травми й ушкодження;
 - місцеве та глобальне довкілля й екологію;
 - здорове харчування, продовольчу безпеку, доступність, якість і безпечність харчових продуктів;
 - природні, техногенні та соціальні катаклізми, зокрема і воєнні конфлікти;
 - групи населення з особливим ризиком і специфікою потреби в здоров'ї.
4. Політика й економіка охорони здоров'я, управління системами охорони здоров'я, стандарти якості медичної допомоги та інших послуг у сфері здоров'я.
5. Дослідження та просування широкого застосування сучасних найкращих міжнародних практик і стандартів.
6. Підготовка професійних кадрів у сфері громадського здоров'я.
7. Мобілізація найкращих доступних міжнародних доказових наукових та епідеміологічних досліджень і визнаних практик, що сприяють досягненню загальної мети.
8. Підтримка та просування прав людини та громади у сфері здоров'я з гарантуванням справедливого доступу, високопрофесійної діяльності й етичних стандартів.

Надзвичайно важливим у формуванні спроможності системи громадського здоров'я є політична воля, лідерство, належне фінансування, а також забезпеченість організаційних структур системи добре підготовленими кадрами.

Політична воля та професійна підтримка незамінні в умовах обмежених ресурсів, високих очікувань від громадськості та дедалі більших можливостей ефективності впровадження програм громадського здоров'я. Усе це потребує якісної систематизації інформації та знань, ефективного управління такими даними та, відповідно, надійності їх використання при ухваленні рішень.

Дослідження ВООЗ демонструють, що профілактика є економічно ефективною як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективах. Крім того, інвестиції в охорону здоров'я генерують економічно ефективні результати для здоров'я та можуть сприяти більшій стійкості, отримуючи економічні, соціальні й екологічні переваги. Навіть невеликі інвестиції в громадське здоров'я обіцяють значні вигоди для громадського здоров'я, економіки й інших секторів. Фактичні дані свідчать, що інвестиції в громадське здоров'я загалом економічно вигідні для сектору охорони здоров'я, інших секторів та економіки в широкому розумінні з розрахунку чотириразового повернення від кожного вкладеного долара США. Дані свідчать, що профілактичні заходи сприяють зниженню

смертності від серцево-судинних захворювань на 50–75 % у країнах з високим рівнем доходів і на 78 % у світі.

Існує велика нерівність у доступі до охорони здоров'я та ініціатив у сфері охорони здоров'я між розвиненими країнами і країнами, що розвиваються. У останніх інфраструктура громадського охорони здоров'я все ще формується.

Громадське здоров'я, через місцеві системи охорони здоров'я та організації відіграє важливу роль у зусиллях по профілактиці хвороб у країнах, що розвиваються і в розвинених країнах. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) – міжнародне агентство, яке координує і працює з глобальними питаннями громадського здоров'я. Більшість країн для реагування на внутрішні проблеми зі здоров'ям мають свої власні державні органи у сфері громадського здоров'я, які іноді називають міністерствами здоров'я. Наприклад у Канаді є Агенція з громадського здоров'я – національна агенція, що відповідає за громадське здоров'я, готовність до надзвичайних заходів та відповідь на них, контроль та попередження інфекційних та хронічних хвороб. В Україні є управління громадського здоров'я в Міністерстві охорони здоров'я.

Одними з напрямків реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я, схваленої Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р, є створення багатосекторальної системи громадського здоров'я, забезпечення консолідації функцій у секторі громадського здоров'я та передання ресурсів органам місцевого самоврядування. Ключовою частиною розбудови системи громадського здоров'я є розвиток її регіональної мережі. Головним напрямком для створення сталої мережі спроможних центрів громадського здоров'я є об'єднання регіональних структур, які працюють у секторі Люди бережуть своє здоров'я, менше хворіють, живуть довше, але при цьому пізніше потребують суттєвої медичної допомоги.

З 2021 року в усіх областях України працюють центри контролю та профілактики хвороб. ЦКПХ сформовано внаслідок об'єднання наявних регіональних потужностей – лабораторних центрів МОЗ України, обласних центрів громадського здоров'я. Таким чином збільшено потенціал у напрямках комунікації, профілактики й контролю неінфекційних захворювань, а також промоції вакцинації. Кожен ЦКПХ повністю відповідає за контроль над хворобами у своєму регіоні: від рутинного моніторингу показників до прогнозування, виявлення надзвичайних ситуацій, спалахів та реагування на них.

Головні функції ЦКПХ:

- забезпечення епідеміологічного нагляду (спостереження), санітарного та епідемічного благополуччя населення, захисту населення від інфекційних недуг;
- профілактика неінфекційних захворювань;
- підтримка біологічної безпеки та біозахисту;
- імунопрофілактика;
- просвітницька робота щодо здорового способу життя і запобігання факторам ризику;
- боротьба зі стійкістю до протимікробних препаратів;
- реагування на небезпеки для здоров'я і надзвичайні стани у сфері охорони здоров'я тощо.
- Україна суттєво відстає від сусідніх держав за показниками очікуваної тривалості життя.

Після вдалих заходів над боротьбою від епідемічних хвороб, громадське здоров'я почало звертати більше уваги на хронічні захворювання, у тому числі рак та серцево-судинні захворювання. Попередні зусилля з використання профілактичних методів у

багатьох розвинених країнах вже призвели до різкого зменшення смертності новонароджених.

Здорове суспільство - незмінний пріоритет для Всесвітньої організації охорони здоров'я. І треба признати, що у цьому питанні прогресивна частина світової спільноти вже має певні здобутки. Середня тривалість життя чоловіка у багатьох країнах ЄС вже становить майже 80 років, а жінки 85. Серед європейських лідерів за тривалістю життя - Швейцарія, Італія, Франція та Ісландія.

Безумовно здоров'я нації багато в чому залежить від особливостей харчування, кліматичних умов, екологічної безпеки та ряду інших об'єктивних факторів, які є визначальними для здоров'я людини. Але в той же час все більший вплив на якість та здоров'я людини та тривалість життя – має система громадського здоров'я країни. Ми нарешті почали про це говорити.

Нам, як жодній країні Європи потрібна потрібна потужна система громадського здоров'я. Ми нажаль перші в Європі за кількістю ВІЛ- позитивних, в нас досі не вирішена проблема з туберкульозом...Ми країна де сталася ядерна катастрофа...Більше 8% земель під сміттєзвалищем. Низку індустриальних районів України можна сміливо назвати зонами екологічного лиха, але там і досі живуть люди, які часто помирають дуже рано. Не доживаючи навіть до пенсійного віку. Враховуючи вище згадані фактори і ряд інших обставин. Ми маємо негайно впроваджувати ефективну систему профілактичної медицини.

Принципи громадського здоров'я

1. Ведення здорового способу життя. Варто з дитинства заохочувати людей вести здоровий спосіб життя. Просвітницька діяльність посідає чільне місце у системі громадського здоров'я. Але в той же час рівень здорового способу життя залежить від фінансового забезпечення, наявності відповідальної інфраструктури у населених пунктах, дотримання міжнародних стандартів якості питної води та їжі, тощо. Тож, як ми бачимо тут важлива тісна міжсекторальна співпраця.

2. Профілактика захворювань. Весь цивілізований світ вже давно ставить ставку на профілактику захворювань. Для цього, наприклад створюється низка скринінгових програм наприклад для ранньої діагностики раку молочної залози.

3. Співпраця громадян, держави та неурядових організацій. Треба зазначити, що у складі неурядових організацій працює чимало експертів, які часто виконують свою роботу на волонтерських засадах. Нам треба перейти на здорову мотиваційну систему та оплачувати цю роботу, адже вона вкрай важлива для суспільства.

4. Доступна та якісна медицина. Тут і не варто пояснювати важливість цього аспекту.

5. Контроль моніторинг та оцінка медичних послуг. А з цим у нас досить великі проблеми. Ми досі не маємо реальної картини, яка б ілюструвала би ситуацію довкола питань, що стосуються систем охорони здоров'я. А в тім лише розуміння реальних справ дозволить нам зрушити з мертвої точки та розпочати роботу на покращення ситуації.

Моделі профілактики хвороб

З кожним роком з'являється все більше доказів того, що можливості медицини лікувати та рятувати від смерті не призводять до кардинальних змін в стані здоров'я населення. Доведено, що здоров'я людини на 55% залежить від способу життя і тільки на 8-10% - від організації допомоги. Тому, виникає нагальна необхідність впровадження серед населення, особливо дітей та молоді профілактичних програм. Аналіз

профілактичної роботи (в основі дослідження Е. Чарлтона) дозволяє виділити п'ять основних типів профілактичних програм (або програм навчання здоровому способу життя).

Медична модель - молодим людям надається інформація про небезпечні наслідки того чи іншого явища. Слід зазначити, що така модель не є достатньо ефективною, тому що не враховує соціально-психологічних особливостей молодої людини, і тому вона іноді може призвести до зворотного ефекту.

Освітня модель - являє собою дію, спрямовану на окремого індивіда, дає йому змогу самостійно прийняти рішення. Але така модель не враховує профілактичну ситуацію, формування громадської думки щодо того чи іншого кризового явища та шляхів його подолання.

Соціально-політична модель - лобювання необхідних рішень, реклама в засобах масової інформації. Перевага цієї моделі полягає в тому, що вона є ефективним засобом формування громадської думки, враховує соціально-територіальні особливості, соціальний час і тим самим знімає недоліки освітньої моделі.

Перших три моделі і зараз широко використовуються при попередженні кризових явищ. Але найбільш ефективними профілактичними моделями, які зараз застосовуються в профілактичних програмах серед молоді країн Європи, вважаються дві наступні.

Модель самопідсилення (комбіновано поєднує в собі основні характеристики трьох попередніх моделей).

Модель "дії на благо здоров'я", що крім цього враховує і вплив на молоду людину її соціального оточення (референтної групи). Моделі "дій на благо здоров'я" діють в двох напрямках - через переконання та через підвищення відповідних мотивів (наприклад, підвищення цін на тютюн чи алкоголь, що пов'язано з матеріальними втратами курців). Переконання використовуються в програмах публічного навчання та "підвищення" або "покращення" здоров'я.

Більшість урядів визнають важливість програм громадської охорони здоров'я в зниженні захворюваності, інвалідності, а також ефектів старіння та інших фізичних і психічних станів здоров'я, хоча громадське здоров'я в цілому отримує значно менше державного фінансування в порівнянні з медициною. Державні програми громадського здоров'я по проведенні вакцинації досягли успіхів у зміцненні здоров'я, у тому числі ліквідації віспи – хвороби, від якої людство страждало протягом тисяч років.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає основні функції програм громадського здоров'я, серед яких:

- забезпечення лідерства з питань, важливих для здоров'я, і участь у партнерствах, коли необхідні спільні дії;
 - формування порядку денного наукових досліджень і стимулювання збору, освоєння і поширення цінних знань;
 - встановлення норм і стандартів, сприяння та контроль за їх виконанням;
 - формулювання етичних і заснованих на доказах варіантів політики;
 - моніторинг ситуації та оцінка тенденцій в галузі охорони здоров'я.
- Зокрема, програми нагляду у сфері громадського здоров'я можуть:
- слугувати системою раннього попередження про можливі надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я;
 - документувати вплив втручання або відслідковувати прогрес щодо зазначених цілей;

➤ здійснювати моніторинг та уточнення епідеміології проблем зі здоров'ям, що дозволяє визначати пріоритети, а також розробляти політики і стратегії в галузі охорони здоров'я;

➤ проводити діагностику, дослідження і моніторинг проблем зі здоров'ям і небезпек для здоров'я спільноти.

Деякі програми та напрямки, пов'язані з просуванням у сфері охорони здоров'я і профілактики можуть бути суперечливими. Одним з таких прикладів є програми по попередженню передачі ВІЛ через кампанії по безпечному сексу і програми обміну голком. Іншим прикладом є контроль тютюнопаління. Зміна поведінки куріння вимагає довгострокових стратегій, на відміну від боротьби з інфекційними захворюваннями, яка зазвичай займає коротший період для відповідних ефектів. Багато країн здійснили великі ініціативи, щоб скоротити куріння, такі як збільшення податків і заборон на куріння в деяких або у всіх громадських місцях.

Багато проблем зі здоров'ям зумовлені неадекватною особистою поведінкою. З точки зору еволюційної психології, надмірне споживання нових речовин, які шкідливі через активацію сформованої системи винагороди для таких речовин як наркотики, тютюн, алкоголь, очищена сіль, жири та вуглеводи. Нові технології на кшталт сучасного транспорту також приводять до зниження фізичної активності. Дослідження показують, що поведінку можна більш ефективно змінити беручи до уваги еволюційні мотивації, а не лише надаючи інформацію про вплив на здоров'я. Тож широкому використанню мила та миттю рук для запобігання діареї набагато ефективніше можна сприяти, якщо пов'язувати відсутність його використання з емоціями огиди. Відразу – це вдосконалена система для запобігання контакту з речовинами, які поширюють інфекційні захворювання. Прикладами можуть бути фільми, у яких показано, як фекалії забруднюють їжу. В індустрії маркетингу вже давно відомо про важливість пов'язування продуктів з високим статусом і привабливістю для інших. У той же час було висловлено думку, що підкреслення шкідливих і небажаних наслідків куріння тютюну на інших осіб і введення заборони на куріння в громадських місцях, були особливо ефективними в зниженні куріння тютюну.

Таким чином, громадське здоров'я фокусується на профілактиці та зміцненні здоров'я населення, розглядаючи його як спільну відповідальність і ресурс для сталого розвитку суспільства.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

Задача 1

Яким чином можна вплинути на громадське здоров'я через вдосконалення інфраструктури та доступу до медичних послуг у сільських районах?

Задача 2

Яка роль медичної освіти та просвіти в удосконаленні профілактики захворювань серед населення?

Задача 3

Які можливості надає соціальний медіа для поширення інформації про профілактику захворювань та збереження громадського здоров'я?

Задача 4

Як важливо вести здоровий спосіб життя для профілактики захворювань і підтримки загального здоров'я громадськості?

Задача 5

Які ініціативи можуть бути реалізовані на місцевому рівні для збереження громадського здоров'я та попередження поширення захворювань?

Задача 6

Розробіть план дій для підвищення освіченості населення щодо важливості вакцинації. Обґрунтуйте, які методи та засоби комунікації найефективніші для досягнення цієї мети.

Задача 7.

Розгляньте сучасні тенденції у споживанні їжі та їх вплив на здоров'я нації. Які кроки може здійснити медична громада для попередження захворювань, пов'язаних із харчуванням?

Задача 8

Розробіть стратегію для популяризації фізичної активності серед різних груп населення, зокрема серед дітей, підлітків та дорослих. Які переваги має регулярна фізична активність для загального здоров'я та як її можна інтегрувати у щоденний розпорядок дня?

ТЕМА 2: ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я. ІННОВАЦІЇ ТА ЦИФРОВІЗАЦІЯ У ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'І. ЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ ЦИФРОВІЗАЦІЇ. ПИТАННЯ КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ ДАНИХ, БЕЗПЕКИ ДАНИХ ТА ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПРИ ВИКОРИСТАННІ.

МЕТА: Засвоїти поняття детермінант здоров'я, інновації та цифровізації у громадському здоров'ї, етичні та правові аспекти цифровізації, питання конфіденційності даних, безпеки даних та відповідальності при їх використанні.

ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ:

1. Детермінанти здоров'я, класифікація детермінант здоров'я.
2. Роль фізичних, соціальних, поведінкових чинників, як детермінант здоров'я.
3. Інновації та цифровізація у громадському здоров'ї, основні напрямки та їх характеристики.
4. Аналіз етичних та правових аспектів цифровізації.
5. Питання конфіденційності даних, безпеки даних та відповідальності при їх використанні.

ЗАВДАННЯ:

1. Проаналізувати та зробити висновки щодо походження та впливу різноманітних детермінант здоров'я, ролі інновацій та цифровізації у громадському здоров'ї, оцінки етичних та правових аспектів цифровізації.

2. Засвоїти питання конфіденційності даних, безпеки даних та відповідальності при використанні. Розв'язати ситуаційні задачі, оформити тему в протокольному зошиті.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Закон України «Про захист персональних даних» (2010, зі змінами).
2. Закон України «Про основні засади забезпечення кібербезпеки України» (2017).
3. Заремба В. Д. Громадське здоров'я: психологія. - Чернівці : Чернівецький національний університет ім. Ю. Федьковича, 2019. – 176 с.
4. Ковальчук С. О., Поляк І. В. Профілактика і здоров'я: міждисциплінарний підхід. - Луцьк : Надстир'я, 2015.– 200 с.
5. Медико-соціальні детермінанти здоров'я (огляд світової літератури) April 21, 2020, 6020. Організація охорони здоров'я. Гржибовський Я.Л., Любінець О.В. Link: (www.umj.com.ua/en/publication-175646-mediko-sotsialni-determinanti-zdorov-ya-oglyad-svitovoyi-literaturi).
6. Павленко Ю. І., Литвиненко О. В., Холод Н. В. Громадське здоров'я: підручник / за заг. ред. Ю. І. Павленка. - Київ : Медицина, 2018. – 432 с.
7. Ягельська К. Ю. (2020) – дослідження «Детермінанти системи охорони здоров'я», що містить аналіз економічних, екологічних та соціальних детермінант як складових розвитку системи охорони здоров'я в Україні у контексті сталого розвитку.
8. Ярук І.Б. Громадське здоров'я: теорія та практика: навч. посібник. - Київ-Хмельницький : ЦНЛ, 2017. – 312 с.
9. Kober L., Solovič I., Littva V., Siska V. (2018) Social determinants and interventions in tuberculosis (Sociálne determinanty a intervencie pri tuberkulóze). *Studia pneumologica et phthiseologica*. Praha, Trios, 78(3): 91–95. Link: (www.umj.com.ua/en/publication-175646-mediko-sotsialni-determinanti-zdorov-ya-oglyad-svitovoyi-literaturi)
10. Nissenbaum, H. (2019). *Privacy in context: Technology, policy, and the integrity of social life*. Stanford University Press.
11. WHO Commission on Social Determinants of Health (Closing the Gap in a Generation) – стратегічний звіт.
12. WHO. Social determinants of health: conditions in which people are born, grow, live, work and age.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Під час заняття студенти опрацьовують матеріали згідно теми, обговорюють з групах та з викладачем проблемні питання, розв'язують ситуаційні задачі.

Таким чином, обидві задачі формують у студентів **критичне мислення**, вміння співвідносити **етичні принципи з правовими нормами** й застосовувати їх до практичних кейсів у сфері цифровізації охорони здоров'я (етичні аспекти цифровізації).

Класифікація детермінант здоров'я. Говорячи про поняття детермінант здоров'я, необхідно відмітити, що детермінанти здоров'я, це різноманітні чинники, що формують рівень здоров'я окремої особи або населення. Вони включають соціальні, економічні, екологічні умови, а також індивідуальні поведінкові характеристики, генетику, доступ до медичних послуг тощо. Саме ці аспекти значною мірою визначають здоров'я, тоді як чисто медичні фактори або генетичні аспекти мають менший вплив (ВООЗ).

1. Зокрема, можна виділити **соціальні детермінанти здоров'я**, тобто умови, в яких люди народжуються, ростуть, працюють, живуть і старіють, а також доступ до ресурсів влади, грошей та матеріалів. Різні соціальні фактори, такі як рівень доходу, освіти,

соціальні зв'язки, культура, безпечне довкілля та умови праці, мають потужний вплив на здоров'я та сприяють або, навпаки, перешкоджають рівності у здоров'ї (ВООЗ). Існує, так звана, модель Дальгрена–Вайтгеда (Dahlgren–Whitehead). Ця популярна модель формалізує взаємозв'язки між окремими шарами детермінант: від індивідуальних характеристик до умов життя і соціальних мереж.

Проф. Джо Фелан та Брюс Лінк сформулювали “Теорію фундаментальних причин” (Fundamental Causes Theory), згідно з якою соціально-економічний статус – це фундаментальна причина, яка зберігає нерівності у здоров'ї, навіть коли з'являються нові хвороби чи технології. Вона пояснює, чому люди з низьким SES все ще мають гірше здоров'я, попри наявність інноваційних медичних способів.

Не можна оминати такі детермінанти, як освіта, прибутки та соціальний статус. Вищий рівень освіти корелює з кращим здоров'ям завдяки вдосконаленій грамотності, кращим умовам праці та високому доходу. Різниця у доході між багатими та бідними напряму впливає на тривалість життя та стан здоров'я (ВООЗ).

Безумовно, суттєве значення має фізичне середовище. Доступ до чистої води, безпечного житла, зелених зон, безпечних доріг та праці – ключовий аспект стану здоров'я (Наццентр біоінформації). Соціальна підтримка (від родини, друзів, спільнот) має важливий і захисний вплив на здоров'я.

Вплив генетичних та поведінкових чинників. Гени впливають на схильність до хронічних хвороб – частина детермінантів, на які людина має обмежений контроль. Особисті звички – харчування, активність, паління, вживання алкоголю – також виступають важливими факторами здоров'я.

Доступ до медичних послуг. Незважаючи на ключову роль у лікуванні, доступ до медичних послуг впливає менше, ніж соціальні та екологічні умови.

Моделі та механізми взаємозв'язку

Екологічні моделі (Ecological models, зокрема Dahlgren–Whitehead) демонструють багаторівневу природу детермінант – від індивідуального до суспільного рівня.

Вплив фізичних та соціальних чинників. Стверджують, що стрес, нестабільність, бідність породжують патологічні види поведінки та фізіологічні стани (allostatic load), що шкодять здоров'ю.

Теорія фундаментальних причин (Fundamental Causes Theory) пояснює, що без змін у розподілі ресурсів (гроші, знання, зв'язки) нерівності в охороні здоров'я зберігатимуться незалежно від прогресу в медицині.

Практичні наслідки для політик у сфері здоров'я

“Health in All Policies” (HiAP) – підхід, що пропонує враховувати наслідки політик різних секторів (напр., освіти, транспорту, економіки) на здоров'я громадян.

Комісія ВООЗ з детермінант здоров'я (2008) розробила три стратегії: покращувати умови життя людей, боротися з нерівномірним розподілом ресурсів, досліджувати й вимірювати проблему для здійснення ефективних дій.

Marmot Review у Великій Британії підкреслює важливість «пропорційного універсалізму» – універсальні заходи, адаптовані за масштабом до цільових груп – як оптимальний шлях скорочення нерівностей у здоров'ї.

Можна узагальнити, що детермінанти здоров'я – це складна система чинників, що включає соціальні, економічні, екологічні, генетичні й поведінкові аспекти. Їх взаємозв'язок пояснюється через експланаторні моделі (наприклад, моделі Дальгрена–Вайтгеда) та теоретичні підходи (як-от Fundamental Causes Theory). Для зменшення

дискінгравань у здоров'ї необхідна міжсекторальна політика, спрямована на покращення умов життя, ресурсів і соціальної справедливості.

2. Інновації та цифровізація у сфері громадського здоров'я.

У ХХІ столітті громадське здоров'я дедалі більше визначається здатністю систем охорони здоров'я інтегрувати інноваційні та цифрові рішення. Цифровізація перетворюється на ключовий фактор підвищення ефективності профілактичних програм, моніторингу захворюваності, забезпечення рівного доступу до медичних послуг та зміцнення здоров'я населення. Вона відповідає глобальним стратегіям ВООЗ та ЄС щодо розвитку *Digital Health* і сприяє досягненню Цілей сталого розвитку (зокрема, SDG 3 – «Здоров'я та добробут»).

Інновації у громадському здоров'ї. Сучасні інноваційні підходи охоплюють:

1. **телемедицину** як інструмент дистанційного консультування та контролю за хронічними захворюваннями;

2. **мобільні додатки (mHealth)** для відстеження фізичної активності, харчування, вакцинації та психічного здоров'я;

3. **носимі пристрої (wearables)**, що дозволяють здійснювати безперервний моніторинг стану організму;

4. **штучний інтелект і машинне навчання**, які застосовуються для прогнозування епідемій, персоналізованих втручань та аналізу великих даних;

5. **геномні технології та біоінформатику**, що забезпечують можливості прецизійної медицини.

6. **Цифровізація процесів громадського здоров'я.** Цифрова трансформація у цій сфері проявляється через:

7. **Електронні системи охорони здоров'я (eHealth)** – електронні медичні картки, системи електронних рецептів, інтегровані бази даних, що забезпечують безперервність та прозорість лікування.

8. **Цифрову епідеміологію** – застосування великих даних із соціальних мереж, пошукових систем та мобільних операторів для виявлення нових вогнищ захворювань.

9. **Віртуальні освітні платформи** для підготовки фахівців громадського здоров'я та підвищення цифрової грамотності населення.

10. **Аналітику даних (Big Data та Business Intelligence)**, що дозволяє здійснювати прогнозування тенденцій та формувати доказові політики.

Зрозуміло, що попри значний потенціал, цифровізація супроводжується низкою викликів: нерівним доступом до технологій у сільських та вразливих групах, проблемами захисту персональних даних, етичними питаннями використання штучного інтелекту. Перспективним напрямом вважається розвиток *digital public health literacy* – цифрової грамотності як серед фахівців, так і серед населення, що забезпечує ефективне використання інноваційних рішень, тобто, іновації та цифровізація є рушійними силами модернізації громадського здоров'я. Вони відкривають нові можливості для профілактики захворювань, моніторингу стану населення, підвищення якості медичних послуг та зміцнення здоров'я громадян. Водночас їхній успіх залежить від інтеграції у політику держав, розвитку нормативно-правового поля та подолання цифрової нерівності.

Етичні та правові аспекти цифровізації. Цифровізація сучасного суспільства – процес, що охоплює всі сфери життєдіяльності, зокрема освіту, економіку, охорону здоров'я, публічне управління та культуру. Її масштабність і трансформаційний потенціал зумовлюють необхідність аналізу етичних і правових аспектів, оскільки

технологічний прогрес супроводжується новими викликами у сфері приватності, безпеки, справедливості та прав людини (European Commission, 2020).

Етичні аспекти цифровізації. Етичний вимір цифрових трансформацій пов'язаний із балансом між користю технологій і ризиками їхнього застосування. Основними є:

Приватність та конфіденційність. Використання великих даних (Big Data) та алгоритмів штучного інтелекту потребує гарантій щодо збереження персональної інформації та недопущення її несанкціонованого використання.

Алгоритмічна справедливість. Алгоритми, що керують процесами у фінансах, медицині чи працевлаштуванні, можуть відтворювати соціальні упередження, якщо їхня розробка не враховує принципів недискримінації та інклюзивності (Nissenbaum, 2019).

Автономія та контроль. Людина повинна зберігати контроль над власними рішеннями, навіть за умов зростаючої автоматизації. Важливим є принцип «людина в центрі» (human-centered AI), що підтримується ОЕСР та Європейським Союзом (OECD, 2019).

Етична відповідальність. Використання цифрових технологій у громадському секторі має відбуватися прозоро, з дотриманням суспільного блага та недопущенням монополізації чи зловживань (Floridi & Cowls, 2019).

Правові аспекти цифровізації. Правове регулювання цифровізації спрямоване на захист прав людини та забезпечення безпечного функціонування цифрового середовища. Ключові положення охоплюють: **Захист персональних даних.** В ЄС основним правовим інструментом є Загальний регламент захисту даних (GDPR, 2016/679), який встановлює вимоги до прозорості обробки інформації, права користувачів на доступ та видалення даних. В Україні відповідні норми закріплені у Законі «Про захист персональних даних» (2010, зі змінами). **Кібербезпека.** Цифровізація підвищує ризики кібератак, що вимагає комплексних стратегій на національному та міжнародному рівнях (NIS Directive у ЄС; Закон України «Про основні засади забезпечення кібербезпеки України», 2017).

Право на доступ до інформації та цифрову інклюзію. Цифровізація не повинна поглиблювати нерівності; законодавство має сприяти забезпеченню рівних можливостей для вразливих груп населення (UNESCO, 2021).

Інтелектуальна власність. Виклики цифрового середовища стосуються захисту авторських прав і патентів у контексті відкритих даних, програмного забезпечення та штучного інтелекту (WIPO, 2022).

Електронне врядування та відповідальність держави. Використання електронних сервісів потребує правового забезпечення прозорості, підзвітності та захисту громадян від зловживань цифровими інструментами (Council of Europe, 2019).

Можемо говорити про наступні виклики та перспективи цифровізації в громадському здоров'ї, незважаючи на прогрес у розробці нормативних актів, правове поле цифровізації потребує постійного оновлення у зв'язку з динамічним розвитком технологій. Актуальними залишаються проблеми: створення глобальних стандартів етики та права у цифровому просторі; інтеграція принципів цифрової справедливості у політики держав; формування цифрової грамотності населення як запоруки свідомого користування правами у віртуальному середовищі. Отже, етичні та правові аспекти цифровізації становлять фундамент забезпечення довіри до цифрових технологій. Вони покликані не лише захищати права людини, але й формувати відповідальне суспільство, у якому інновації сприяють підвищенню якості життя, не створюючи нових форм нерівності чи загроз. Вирішення цих питань потребує міждисциплінарного підходу,

поєднання технічних, соціальних та юридичних знань, а також активної міжнародної співпраці.

Конфіденційність даних, безпека даних та відповідальність при використанні цифрових технологій

У добу цифровізації та глобальної циркуляції інформації питання конфіденційності, безпеки даних та відповідальності за їх використання набувають особливої актуальності. Дані розглядаються як стратегічний ресурс, що визначає конкурентоспроможність держав і корпорацій, але водночас створює потенційні ризики для прав і свобод людини. Відповідно, сучасний науковий та правовий дискурс акцентує на необхідності балансування між технологічним розвитком та етичними стандартами захисту інформації (Floridi, 2016; Zuboff, 2019).

Конфіденційність даних. Конфіденційність визначається як право особи на контроль за тим, яка інформація про неї збирається, зберігається та поширюється. Вона пов'язана з етичними принципами автономії, поваги до приватності та недопущення дискримінації. Основні виклики: **масовий збір персональних даних** через соціальні мережі, мобільні додатки, інтернет речей (IoT);

Вторинне використання даних у маркетингових чи політичних цілях без відома користувача;

Ризики стигматизації та соціальної сегрегації через аналіз великих даних у сфері охорони здоров'я чи страхування (Nissenbaum, 2019). Європейський регламент **GDPR (2016/679)** підкреслює, що конфіденційність не є абсолютною категорією, проте кожен суб'єкт має право на прозорість обробки та «право бути забутим».

Безпека даних. Безпека даних охоплює технічні, організаційні та правові механізми, що забезпечують захист інформації від несанкціонованого доступу, втрат, змін чи знищення. Ключові принципи включають: **цілісність** (збереження точності та повноти даних); **доступність** (можливість використання даних авторизованими користувачами у потрібний час);

Захищеність (запобігання несанкціонованому доступу та кіберзагрозам).

Зростання частоти **кібератак** на урядові, банківські та медичні системи засвідчує потребу в багаторівневих системах захисту (ISO/IEC 27001:2013). В Україні основні положення врегульовані Законом «Про основні засади забезпечення кібербезпеки України» (2017). **Відповідальність при використанні даних.** Відповідальність за обробку й використання даних має багатовимірний характер:

Правова відповідальність. Вона передбачає застосування санкцій за порушення законодавства у сфері персональних даних, у тому числі адміністративних і кримінальних. GDPR передбачає штрафи до 20 млн євро або 4% річного обороту компанії.

Етична відповідальність. Компанії та державні структури повинні забезпечувати прозорість і підзвітність алгоритмів, уникати маніпуляцій даними, дбати про суспільне благо.

Соціальна відповідальність. Включає забезпечення рівного доступу до цифрових технологій, недопущення посилення соціальної нерівності та цифрового виключення.

Особливої уваги набуває питання **відповідальності розробників і постачальників технологій штучного інтелекту**, оскільки саме алгоритмічні рішення можуть призвести до порушень прав людини чи дискримінаційних практик (European Commission, 2020).

Питання конфіденційності, безпеки та відповідальності при використанні даних є ключовими для побудови довіри у цифровому середовищі. Вони формують правову та

етичну основу інформаційного суспільства, сприяють розвитку цифрової економіки й захищають фундаментальні права людини. Успішна реалізація цих принципів вимагає поєднання технологічних інновацій, правового регулювання та етичної культури.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

Задача 1

Місцевий центр громадського здоров'я запровадив мобільний застосунок, який нагадує про вакцинацію, пропонує поради зі здорового способу життя та дозволяє моніторити фізичну активність користувачів. За перші три місяці використання кількість зареєстрованих користувачів перевищила 20 000 осіб. Проте з'явилися скарги від користувачів на складність інтерфейсу, відсутність підтримки для людей з вадами зору, а також побоювання щодо збору персональних даних.

- 1. Які інноваційні можливості такого застосунку підвищують ефективність профілактичної роботи?*
- 2. Як забезпечити баланс між користю для громадського здоров'я та захистом персональних даних?*
- 3. Які кроки варто зробити розробникам і органам охорони здоров'я для вдосконалення цього інструменту?*

Задача 2

Міністерство охорони здоров'я України запустило пілотний проєкт зі застосування штучного інтелекту (AI) для прогнозування спалахів інфекційних хвороб. Система аналізує великі масиви даних: метеорологічні показники, дані лікарень, мобільність населення та інформацію з соціальних мереж. Результати показали точність прогнозування на рівні 85%. Водночас у суспільстві виникли запитання: чи не порушуються права громадян під час збору даних, хто несе відповідальність у випадку помилкового прогнозу, які ресурси мають бути залучені для впровадження рекомендацій системи?

- 1. Які етичні та правові ризики виникають при зборі та аналізі великих даних?*
- 2. Хто має нести відповідальність за помилки у прогнозах – розробники, органи охорони здоров'я чи політики, що приймають рішення?*
- 3. Які умови необхідні для інтеграції такої системи в практику громадського здоров'я України?*

Задача 3

Телемедицина і право на доступ до медичної допомоги

Міська лікарня запровадила телемедичні консультації для пацієнтів із віддалених сіл. Проте через слабе інтернет-покриття у багатьох селах значна частина населення не може користуватися сервісом. Водночас лікарня поступово скорочує виїзні прийоми лікарів, аргументуючи це «цифровою трансформацією».

- 1. Які етичні проблеми виникають у ситуації, коли цифрові інновації створюють бар'єри для окремих груп населення?*
- 2. Які правові норми (національні або міжнародні) можуть бути порушені у зв'язку з обмеженням доступу до медичної допомоги?*
- 3. Які можливі кроки політики «цифрової інклюзії» ви могли б запропонувати для подолання нерівностей?*

Задача 4

Державна програма цифровізації охорони здоров'я передбачає збирання та аналіз великих даних (Big Data) про пацієнтів – інформації з електронних медичних карток, мобільних додатків і носимих пристроїв. Дані мають бути використані для прогнозування епідемій та покращення управління системою охорони здоров'я. Проте з'являються повідомлення у ЗМІ, що дані можуть бути доступними для фармацевтичних компаній, які прагнуть використати їх у маркетингових цілях.

1. Які етичні дилеми виникають при поєднанні суспільної користі від аналізу Big Data з комерційними інтересами приватних компаній?

2. Як у цій ситуації повинні діяти державні органи, щоб гарантувати дотримання принципів прозорості та захисту приватності?

3. Які правові механізми (наприклад, GDPR у ЄС чи Закон України «Про захист персональних даних») регулюють використання медичних даних?

4. Яку відповідальність мають нести організації у випадку зловживань чи витоків медичних даних?

Задача 5

Університетська клініка впровадила нову електронну систему ведення медичних карт пацієнтів. Доступ до неї мають лікарі, медсестри та адміністративний персонал. Одного дня студент-медик, проходячи практику, виявив, що частина працівників зберігає паролі до системи на стікерах, прикріплених до моніторів. Крім того, деякі співробітники обговорювали стан здоров'я пацієнтів у коридорі, де могли перебувати сторонні особи.

1. Які порушення конфіденційності даних ви бачите в описаній ситуації?

2. Які етичні та правові ризики виникають для пацієнтів та клініки?

3. Які заходи з безпеки даних необхідно впровадити, щоб уникнути подібних випадків?

4. Хто несе відповідальність за порушення конфіденційності в цьому випадку?

Задача 6

Мобільний додаток для моніторингу фізичної активності та сну збирає інформацію про кількість кроків, тривалість сну, місцезнаходження користувача та частоту серцевих скорочень. У політиці конфіденційності зазначено, що дані можуть використовуватися для «покращення сервісу». Через рік стало відомо, що компанія передає ці дані третім сторонам – страховим компаніям та рекламним агентствам.

1. Чи можна вважати це порушенням конфіденційності даних? Чому?

2. Які права користувачів порушено згідно з принципами GDPR чи Закону України «Про захист персональних даних»?

3. Які потенційні наслідки для користувачів і для компанії можуть виникнути?

ТЕМА 3: СТРАТЕГІЇ УСПІШНОГО ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЄКТІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: СИСТЕМНЕ УПРАВЛІННЯ, АДАПТИВНИЙ МОНІТОРИНГ ТА ЕФЕКТИВНА КОМУНІКАЦІЯ ЗІ СТЕЙКХОЛДЕРАМИ. ПРИКЛАДИ СТЕЙКХОЛДЕРІВ У ПРОЄКТАХ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЇХ РОЛЬ В РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОЄКТІВ

МЕТА ЗАНЯТТЯ: формування у слухачів комплексного розуміння стратегій успішного впровадження проєктів громадського здоров'я. Ознайомлення з основними стратегіями.

ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ:

1. Впровадження проєктів.
2. Системного управління.
3. Адаптивний моніторинг
4. Ефективна комунікація зі стейкхолдерами.

ЗАВДАННЯ:

1. Освоїти ключові стратегії, необхідні для успішної реалізації проєктів у сфері громадського здоров'я.
2. Освоїти роль стейкхолдерів у проєктах.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Закон України №2573-IX "Про систему громадського здоров'я", що регулює цю сферу.
2. Моніторинг та оцінка програм і проєктів. Практичний посібник / О. Морозова, О. Варецька, Д. Джонс, П. Чікуква, Т. Салюк. – К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2008. – 144 с.
3. Керівництво з питань проєктного менеджменту/Пер. з англ. За ред. С.Д. Бушуєва, – 2-ге вид. перероб. – К.: Видав. Дім «Деловая Украина», 2000. – 198 с.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Впровадження проєктів у сфері громадського здоров'я є складним і багатограним процесом, що вимагає не лише глибоких знань у галузі охорони здоров'я, але й ефективних управлінських навичок. Ефективне управління проєктами громадського здоров'я вимагає комплексного підходу, що включає: **системного управління, адаптивного моніторингу та ефективної комунікації зі стейкхолдерами**. Ці три складові є ключовими для досягнення цілей проєкту, забезпечення його сталості та максимізації позитивного впливу на здоров'я населення.

Системне управління Системне управління є основою, що забезпечує структурований підхід до реалізації проєкту, мінімізує ризики та оптимізує використання ресурсів. Передбачає використання структурованих методологій для планування, організації та контролю всіх етапів проєкту. Це допомагає уникнути хаосу, забезпечити прозорість та підвищити ймовірність успішного завершення проєкту. Воно базується на чіткому циклі, що складається з кількох ключових етапів.

1. Етап ініціації

На цьому етапі визначаються основні цілі, обґрунтовується необхідність проєкту та формується команда. Ключові завдання включають:

- **Визначення проблеми:** Чітке формулювання проблеми громадського здоров'я, на вирішення якої спрямований проєкт (наприклад, зростання захворюваності на цукровий діабет серед молоді).
- **Обґрунтування проєкту:** Аналіз доцільності та потенційного впливу проєкту, оцінка його відповідності стратегічним цілям організації.

- **Створення команди:** Призначення керівника проекту та формування команди з необхідними компетенціями.

2. Етап планування

Це найважливіший етап, що визначає майбутній успіх. Він передбачає розробку детального плану, який слугуватиме дороговказом для всієї команди. На цьому етапі визначаються цілі, завдання, ресурси (людські, фінансові, матеріальні), терміни та ризики проекту. Важливо розробити детальний **план-графік**, який включає всі ключові етапи та завдання.

- **Формулювання цілей за принципом SMART:** Цілі мають бути:

- ✚ Specific (конкретними)
- ✚ Measurable (вимірюваними)
- ✚ Achievable (досяжними)
- ✚ Relevant (актуальними)
- ✚ Time-bound (обмеженими в часі)

- **Розробка плану-графіка:** Створення деталізованого графіку робіт. Створення ефективної команди, розподіл обов'язків та налагодження механізмів співпраці. Керівник проекту повинен чітко визначити ролі та відповідальність кожного члена команди.

- **Управління ризиками:** Реалізація запланованих заходів. На цьому етапі важливо дотримуватися встановлених термінів та бюджету, а також оперативно вирішувати проблеми, що виникають. Ідентифікація потенційних ризиків (наприклад, нестача фінансування, низька залученість населення) та розробка стратегій їх мінімізації.

- **Бюджетування:** Детальне планування витрат з урахуванням усіх потреб проекту.

- **Контроль** Постійний моніторинг прогресу проекту, порівняння фактичних результатів із запланованими та внесення коректив. Це допомагає своєчасно виявити відхилення та мінімізувати ризики.

Адаптивний моніторинг є динамічним процесом, який дозволяє гнучко реагувати на зміни в умовах проекту. Замість жорсткого дотримання початкового плану, він передбачає постійний аналіз даних та адаптацію стратегій. Він відрізняється від традиційного моніторингу, оскільки не лише відстежує прогрес, але й постійно адаптує стратегії на основі отриманих даних.

1.Збір та аналіз даних

- **Регулярний збір даних:** Регулярний збір інформації про хід проекту, включаючи показники ефективності, відгуки учасників та зовнішні фактори. Використання інструментів, таких як опитування, фокус-групи, аналіз медичної статистики, для збору інформації про хід проекту.

- **Аналіз показників:** Регулярне порівняння фактичних результатів з запланованими показниками для оцінки ефективності.

2. Прийняття рішень та адаптація

- **Аналіз відхилень:** Якщо моніторинг виявляє значні відхилення від плану, команда проекту повинна проаналізувати їх причини.

- **Коригування стратегії:** На основі аналізу приймаються рішення щодо коригування плану, методів впровадження або розподілу ресурсів. Наприклад, якщо інформаційна кампанія не досягає цільової аудиторії, її зміст або канали поширення слід змінити.

- **Навчання та зворотний зв'язок:** Результати моніторингу використовуються для навчання команди та інформування стейкхолдерів про зміни.

Ефективна комунікація зі стейкхолдерами

Комунікація є життєво важливою для успіху будь-якого проєкту. Це ключовий фактор, що забезпечує підтримку та залучення всіх зацікавлених сторін. Вона будується на довірі, прозорості та двосторонньому діалозі.

- **Ідентифікація стейкхолдерів:** Визначення всіх осіб та організацій, які мають інтерес або можуть впливати на проєкт. Це перший і найважливіший крок. Це можуть бути як прямі бенефіціари, так і опосередковані учасники.

- **Розробка комунікаційної стратегії(матриця залучення):** Створення матриці, яка визначає рівень впливу та інтересу кожного стейкхолдера, що дозволяє розробити індивідуальну стратегію комунікації.

- **Прозорість та звітність:** Регулярне інформування стейкхолдерів про прогрес, досягнення, проблеми та зміни в проєкті. Це допомагає підтримувати їхню довіру та залученість.

Приклади стейкхолдерів у проєктах громадського здоров'я та їх роль

Кожен проєкт у сфері громадського здоров'я залежить від співпраці з різними групами стейкхолдерів, які виконують унікальні ролі. Стейкхолдери в проєктах громадського здоров'я можуть бути дуже різноманітними. Їхня участь і підтримка є критично важливими для реалізації.

Державні органи (Міністерство охорони здоров'я, місцеві органи влади):

- Роль: Забезпечення законодавчої та фінансової підтримки. Надання дозволів, формування політики та інтеграція проєкту в національні програми. Вони можуть надавати дозволи, виділяти кошти та сприяти інтеграції проєкту в державні програми.

Неурядові організації (НУО)

- Роль: Партнери з реалізації. Часто мають глибоке розуміння місцевих громад, довіру населення та можуть ефективно залучати волонтерів.

Місцеві громади та населення:

- Роль: Цільова аудиторія та бенефіціари. Їхня активна участь, відгуки та співпраця є запорукою успіху. Їхня роль — бути інформованими, брати участь у заходах та надавати зворотний зв'язок.

Медичні працівники та заклади охорони здоров'я:

- Роль: Безпосередні виконавці заходів. Вони надають медичні послуги, проводять просвітницьку роботу та інформують пацієнтів про проєкт. Є **безпосередніми виконавцями** багатьох заходів проєкту (наприклад, вакцинація, просвітницькі кампанії).

Бізнес-структури:

- Роль: Спонсори або партнери. Можуть надавати фінансову підтримку в рамках корпоративної соціальної відповідальності або надавати послуги (Наприклад, фармацевтичні компанії можуть надавати медикаменти, а медіа-компанії рекламний простір).

Засоби масової інформації (ЗМІ):

- Роль: Канал комунікації. Поширення інформації, підвищення обізнаності та залучати увагу до проблем громадського здоров'я, та формування позитивного іміджу проекту.

Залучення всіх цих стейкхолдерів та ефективна комунікація з ними є ключовим компонентом для створення сталого та успішного проекту, який реально покращить здоров'я населення. Успішне впровадження проектів громадського здоров'я залежить від здатності керівника проекту не лише ефективно керувати, але й **будувати міцні, довірливі відносини** з усіма зацікавленими сторонами.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

Задача 1

Що є основним принципом системного управління в проектах громадського здоров'я?

Задача 2

Яка головна мета адаптивного моніторингу в проектах громадського здоров'я?

Задача 3

Що є ключовим елементом ефективної комунікації зі стейкхолдерами?

Задача 4

Хто з перелічених НЕ є типовим стейкхолдером у проекті зі сприяння здоровому харчуванню в школах?

Задача 5

Яка основна роль представників місцевої влади як стейкхолдерів у проектах громадського здоров'я?

Задача 6

Яка роль громадських організацій (ГО) як стейкхолдерів?

ТЕМА 4. ОСНОВНІ ВИДИ ПРОЕКТІВ У ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'І ТА ЇХНЯ РОЛЬ У ФОРМУВАННІ ЗДОРОВОГО СУСПІЛЬСТВА. КЛАСИФІКАЦІЯ, ПРИЗНАЧЕННЯ ТА ЦІЛЬОВІ ГРУПИ ПРОЕКТІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

МЕТА ЗАНЯТТЯ:

Оволодіти методикою гігієнічної оцінки проектів надання послуг громадського здоров'я. та оцінки результатів та впливу на здоров'я населення.

ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ:

1. Основні види програм та проектів у громадському здоров'ї. Їх види, компоненти, роль
2. Компоненти програми.
3. Класифікація проектів, призначення.
4. Цільові групи проектів громадського здоров'я

ЗАВДАННЯ:

1. Навчитись визначати і оцінювати ефективність проектів.
2. Навчитись визначати призначення проектів та оцінити їх результативність за цільовими групами.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Шлях до результатів: планування та проведення ефективних оцінювань розвитку. – Морра Імас Л.Дж.,Ріст Р.К. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2015. – 580 с.
2. Фахівець з оцінювання: стандарти оцінювання та професійні стандарти. – Київ:, 2016. – 32с.
3. «Громадське здоров'я» Підручник / Грузєва Т. С., Лехан В.М., Огнєв В.А та ін.; за загальною редакцією Т.С. Грузєвої – Вінниця: Нова книга,2023. – 616с.
- 4.Моніторинг та оцінка програм і проектів. Практичний посібник / О. Морозова, О. Варецька, Д. Джонс, П. Чікуква, Т. Салюк. – К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2008. – 144 с.
5. Основи громадського здоров'я: теорія і практика. Навчально-методичний посібник./За загальною редакцією. О.В.Безпалько. Ужгород: ВАТ «Патент»,2008. С. 34-44.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

У концепції сприяння покращенню здоров'я розкривається технологічна послідовність процесу управління покращенням здоров'я як особистого, так і громадського. Організація процесу сприяння покращенню здоров'я передбачає:

- попередню оцінку стану здоров'я;
- аналіз факторів, що детермінують здоров'я та які необхідно удосконалити;
- розробку на основі інтегративного підходу дій (програм і проектів);
- здійснення програм, проектів;
- оцінку їх результативності.

Під час розробки програм, проектів сприяння покращенню громадського здоров'я враховують всі складові план-схеми змін з метою сприяння здоров'ю.

1. Основні види програм та проектів у громадському здоров'ї. Їх структура, компоненти, роль

Програма – це сукупність проектів і/або різних заходів, об'єднаних спільною метою та умовами їх виконання. Проект – це сукупність завдань і заходів, спрямованих на досягнення запланованої мети.

Таблиця 1

Порівняльна таблиця структури проектів

Типова структура, яку використовують у цільових програмах	Типова структура проектів
--	----------------------------------

<ol style="list-style-type: none"> 1. Зміст проблеми й обґрунтування необхідності її вирішення шляхом здійснення програми. 2. Основні цілі, завдання та терміни реалізації програми. 3. Система заходів програми. 4. Ресурсне забезпечення програми. 5. Механізми реалізації програми. 6. Організація управління програмою та контроль за її реалізацією. 7. Оцінка ефективності соціально-економічних і екологічних наслідків від реалізації програми. 8. <i>Додатки:</i> <ol style="list-style-type: none"> 1) об'єми та джерела фінансування програми (з розбиттям за роками, змістом витрат, джерелами фінансових засобів; з розбиттям за цією схемою на під програми); 2) додаткова інформація за програмою (графіки, діаграми, вітчизняний і світовий досвід, література з теми тощо). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проблема, на вирішення якої спрямований проект. 2. Цілі, завдання проекту. 3. Опис робіт (послуг), які мають бути виконані в рамках проекту, і вимог до них. 4. Терміни реалізації проекту й очікувані результати. 5. Кадрове, фінансове і матеріально-технічне забезпечення. 6. Порядок здійснення керівництва та контролю за виконанням даного проекту (включаючи список осіб, безпосередньо відповідальних за його реалізацію). <p>Кошторис витрат</p>
---	---

Проекти громадського здоров'я охоплюють профілактику захворювань, формування здорового способу життя та покращення якості життя, поділяючись на програми з охорони здоров'я, моніторингу, освіти та розвитку громад. Їхня роль – зміцнення здоров'я населення шляхом впливу на соціальні, економічні та екологічні фактори. Такі проекти класифікують за напрямками діяльності, цільовими групами (наприклад, усе населення або конкретні вразливі групи) та масштабом реалізації (національний, регіональний, місцевий).

2. Компоненти програми.

Існують різні моделі планування, які використовують практики для розробки програм, проектів у сфері сприяння здоров'ю. Вони мають подібні компоненти: **планування (розробка), впровадження (реалізація) та оцінювання.**

Планування – це підготовча робота: від попереднього аналізу потреб до визначення цілей, дій і необхідних ресурсів. На цій стадії відбувається:

- аналіз потреб здоров'я (країни, громади, особистості);
- визначення цілей і конкретних завдань програми/проекту;
- визначення необхідних заходів;
- обґрунтування процедури моніторингу та оцінки;
- розробка графіка діяльності за програмою;
- визначення та врахування ресурсів;
- визначення виконавців;
- пошук партнерів;
- складання бюджету програми (кошторису проекту). Етап реалізації частково може збігатися з етапом розробки, оскільки багато завдань, які стають частиною програми/проекту, реалізуються в той час, коли окремі параметри ще визначаються.

Етап реалізації містить:

- здійснення заходів програми/проекту та взаємозв'язок між ними;
- управління ресурсами (фінансовими, матеріально-технічними, людськими, інформаційними, часовими);

- забезпечення комунікації та реалізація стратегії необхідних зв'язків для здійснення заходів;
- залучення людей до участі в програмі/проекті;
- здійснення моніторингу;
- звітність і документування діяльності.

Оцінка – це частина програми/проекту, яку проводять, як правило, після їх завершення.

На етапі оцінки здійснюють такі дії:

- оціночні процедури, тобто визначення того, що було досягнуто, а що – ні;
- вплив результатів програми/проекту на цільову групу, співтовариство загалом;
- визначення заходів можливих програм/проектів;
- підготовка звітної документації.

На всіх етапах розробки та реалізації програми/проекту використовують спеціальний метод – логіко-системний підхід (ЛСП). (див табл. 2)

Таблиця 2

Логіко-системна схема програми/проекту

Опис програми/ проекту	Показники виконання	Інструментарій моніторингу	Можливі умови та ризики, які можуть вплинути на здійснення проектної діяльності
Мета	Показники досягнення мети	Джерела інформації та методи, які використовують для перевірки отриманих результатів	
Завдання	Показники досягнення завдань	Джерела інформації і методи, які використовують для перевірки отриманих результатів	Можливі умови та ризики, які впливають на зв'язки між завданнями й метою
Кінцеві результати	Показники досягнення кінцевих результатів	Джерела інформації та методи, які використовують для перевірки отриманих результатів	Припущення (можливі умови та ризики, які впливають на зв'язки між результатами й завданнями)
Заходи	Необхідні людські та матеріально-технічні ресурси	Вартість ресурсів	Припущення (можливі умови та ризики, які впливають на зв'язки між заходами й результатами)

3. Класифікація проектів, призначення.

Проекти у сфері громадського здоров'я поділяються за функціональним призначенням, масштабом та цільовими результатами.

Основні види проєктів громадського здоров'я:

Програми профілактики захворювань:

Запобігання неінфекційним та інфекційним хворобам, підвищення обізнаності про ризики та методи захисту здоров'я.

Програми формування здорового способу життя:

Заохочення до фізичної активності, правильного харчування, відмови від шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю).

Освітні проекти:

Проведення тренінгів, інформаційних кампаній, розробка навчальних матеріалів для населення про принципи здорового способу життя.

Проекти з покращання довкілля:

Робота над створенням сприятливих умов для здоров'я, включаючи доступ до чистої води, безпечне середовище та якість житла.

Програми моніторингу та епідеміологічного нагляду:

Дослідження стану здоров'я населення, виявлення загроз та розробка заходів для протидії спалахам захворювань.

Основні види:

Профілактичні проекти

✚ Спрямовані на запобігання захворюванням (вакцинація, скринінги, гігієнічна освіта).

✚ Приклад: кампанії з вакцинації проти COVID-19 або грипу.

Освітньо-інформаційні проекти

✚ Підвищують обізнаність населення щодо здорового способу життя, харчування, фізичної активності.

✚ Приклад: програми з профілактики ВІЛ/СНІДу або тютюнопаління.

Інфраструктурні проекти

✚ Розвиток системи охорони здоров'я: лабораторії, центри громадського здоров'я, мобільні клініки.

✚ Приклад: проєкт USAID «Розбудова стійкої системи громадського здоров'я» в Україні

Кризові/реагування на надзвичайні ситуації

✚ Реагування на епідемії, стихійні лиха, військові дії.

✚ Приклад: мобільні бригади психологічної допомоги для ВПО.

Цільові програми для вразливих груп

✚ Люди з інвалідністю, літні особи, діти, ВПО, ЛГБТК+, ВІЛ-позитивні.

✚ Приклад: психосоціальна підтримка для постраждалих від війни

Класифікація проєктів громадського здоров'я

За рівнем реалізації:

➤ Національні (державні програми вакцинації).

➤ Регіональні (обласні програми скринінгу).

➤ Локальні (ініціативи громад, шкіл, лікарень).

За напрямом:

➤ Профілактика (інфекційні та неінфекційні хвороби).

➤ Психічне здоров'я.

➤ Здоров'я дітей і підлітків.

➤ Репродуктивне здоров'я.

➤ Екологічне здоров'я.

За типом втручання:

➤ Медичні (вакцинація, скринінг).

➤ Соціальні (освіта, підтримка).

➤ Інфраструктурні (будівництво, технічне забезпечення).

Призначення проєктів:

➤ Зниження тягаря хвороб.

- Підвищення тривалості життя.
- Забезпечення рівного доступу до медичних послуг.
- Формування здорового середовища.

Роль проектів у формуванні здорового суспільства. Проекти громадського здоров'я:

- Зменшують захворюваність і смертність шляхом профілактики.
- Підвищують якість життя через освіту та доступ до послуг.
- Формують культуру здоров'я в суспільстві.
- Зміцнюють систему охорони здоров'я на рівні громад.
- Підвищують стійкість до криз (епідемії, війна, екологічні катастрофи)

Призначення та мета проектів:

Збереження та зміцнення здоров'я населення на індивідуальному та колективному рівнях.

Збільшення тривалості життя та покращення його якості

Профілактика захворювань та зменшення їхнього впливу на суспільство.

Формування усвідомленого ставлення до власного здоров'я та здорового способу життя.

Створення умов для реалізації людиною свого потенціалу здоров'я, залучаючи до цього громадськість, органи влади та інших зацікавлених сторін.

4Цільові групи проектів громадського здоров'я

- Діти та підлітки – вакцинація, харчування, психічне здоров'я.
- Літні люди – профілактика хронічних хвороб.
- Жінки – репродуктивне здоров'я, скринінги.
- Вразливі групи – ВПО, люди з інвалідністю, ЛГБТК+, ВІЛ-позитивні.
- Загальне населення – кампанії з пропаганди здорового способу життя

ТЕМА 5. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОЕКТІВ НАДАННЯ ПОСЛУГ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я. РОЗРОБКА ІНДИКАТОРІВ ОЦІНКИ ТА ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

МЕТА ЗАНЯТТЯ:

Оволодіти методикою гігієнічної оцінки проектів надання послуг громадського здоров'я. та оцінки результатів та впливу на здоров'я населення.

ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ:

1. Оцінка ефективності проектів та основні завдання оцінки проектів.
2. Методи оцінки результатів і впливи
3. Моніторинг, види, призначення
4. Оцінка, її індикатори.
- 5 Індикатори результатів, їх типи, рівні, основні компоненти та критерії.

ЗАВДАННЯ:

1. Навчитись визначати і оцінювати ефективність проектів.
2. Навчитись впроваджувати моніторинг проектів та оцінити їх результативність за результатами проекту.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Шлях до результатів: планування та проведення ефективних оцінювань розвитку. – Морра Імас Л.Дж.,Ріст Р.К. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2015. – 580 с.
2. Фахівець з оцінювання: стандарти оцінювання та професійні стандарти. – Київ:, 2016. – 32с.
3. «Громадське здоров'я» Підручник / Грузева Т. С., Лехан В.М., Огнєв В.А та ін.; за загальною редакцією Т.С. Грузевої – Вінниця: Нова книга,2023.-616с.
- 4.Моніторинг та оцінка програм і проектів. Практичний посібник / О. Морозова, О. Варецька, Д. Джонс, П. Чікуква, Т. Салюк. – К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2008. – 144 с.
5. Основи громадського здоров'я: теорія і практика. Навчально-методичний посібник. / За загальною редакцією. О.В.Безпалько. Ужгород: ВАТ «Патент»,2008-с.45-53.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Оцінка ефективності – це систематичний процес збору, аналізу та інтерпретації даних для визначення того, наскільки проект досяг своїх цілей, які результати він дав і який мав вплив на здоров'я населення

Вона включає:

- Моніторинг – регулярне відстеження виконання заходів (що ми робимо?).
- Оцінку – періодичне визначення результатів і впливу (чого ми досягли? який ефект?).

Порівняння моніторингу та оцінки діяльності з покращання громадського здоров'я

моніторинг	оцінка
Дає відповіді на питання, які починаються словом «що?» (що робиться, що зроблено, що за зміни відбулися, що повинно бути зроблено, що за труднощі виникають тощо)	дає відповіді на питання, які починаються словом «навіщо?»(наскільки добре зроблено, наскільки значимі зміни, наскільки можливо подолати труднощі тощо)
проводиться постійно	проводиться на ключових етапах процесу
Фіксується те, що відбувається в процесі для порівняння існуючого стану справ з планом	аналізуються причини досягнень /недосягнень запланованих результатів
отриману інформацію використовують для поліпшення/змін роботи	дає можливість оцінити ефективність діяльності та сформулювати рекомендації на майбутнє

Методи оцінки результатів і впливу

Методи збору даних:

- Рутинні джерела: медична статистика, реєстри, звіти.
- Нерутинні джерела: опитування, фокус-групи, біоповедінкові дослідження.

Методи аналізу:

- Кількісний аналіз: статистичні методи, порівняння до/після.
- Якісний аналіз: тематичний аналіз інтерв'ю, кейс-стаді.

Приклади оцінюваних змін:

- Підвищення обізнаності про профілактику.

- Зменшення рівня захворюваності.
- Покращення доступу до послуг

Практичне застосування: приклади з України

Центр громадського здоров'я МОЗ України впроваджує систему моніторингу та оцінки (MiO), яка охоплює:

- Визначення потреб населення.
- Відстеження прогресу за індикаторами.
- Публікацію звітів і аналітики.
- SWOT-аналіз системи MiO

Оцінка ефективності проєктів у сфері громадського здоров'я:

- Забезпечує доказову базу для прийняття рішень.
- Дозволяє оптимізувати ресурси.
- Підвищує прозорість і підзвітність.
- Сприяє сталому розвитку системи охорони здоров'я.

Складові національної системи MiO, які використовуються в Україні (на прикладі національної програми боротьби з ВІЛ / СНІДом):

- епіднагляд;
- біологічний моніторинг;
- моніторинг поведінки;
- епіднагляд за випадками ВІЛ, супутніми захворюваннями, смертельними випадками;
- тріангуляція даних;
- моделювання;
- моніторинг витрат на виконання заходів по боротьбі з ВІЛ-інфекцією;
- моніторинг програмної діяльності;
- оцінка програм;
- оцінка чисельності груп ризику;
- інші дослідження (наприклад, інтегровані біо-поведінкові дослідження в групах ризику і т.п.).

Оцінка очікуваних результатів програми вимірює зміни, які відбулися внаслідок впровадження програми. Наприклад, оцінка наслідків вимірює зміни поведінки серед жінок комерційного сексу, що стало результатом програмної діяльності.

Оцінка впливу оцінює зміни, які можна приписати конкретній інтервенції і намагається описати причинно-наслідковий зв'язок.

Серед прикладів, які можна оцінювати на рівні результатів, наслідків та впливу, можна навести наступні: підвищено обізнаність матерів про послуги з пероральної регідратації, покращено доступ до послуг профілактики, скорочення дитячої захворюваності.

Моніторинг та оцінка необхідні для управління, вдосконалення та забезпечення звітності за наступними компонентами діяльності:

- ❖ -ресурсами (персонал, гроші, обладнання);
- ❖ -заходами (діяльність, яка виконується рамках програми або проєкту);
- ❖ -результатами (підсумки внеску ресурсів та виконання заходів);
- ❖ -якістю даних і надання послуг.

Моніторинг включає в себе:

❖ рутинне відстеження ключових елементів проведення програми або проекту - найчастіше це внесок і віддача;

❖ регулярний збір і аналіз інформації.

Моніторинг дуже допомагає для своєчасного прийняття рішень, полегшує процес звітності та готує основу для подальшої оцінки, вивчення та аналізу отриманих даних. Моніторинг оцінює прогрес досягнення поставлених цілей і завдань, виконання проекту, а також ефективність обраної для виконання проекту стратегії.

Головне питання, на яке відповідає моніторинг: що ми робимо? Тобто в процесі моніторингу відслідковуються ресурси (внесок) і результати, аби отримати інформацію, чи виконується програма відповідно до затвердженого плану (наприклад: навчання персоналу, роздача профілактичних матеріалів та ін.).

Приклад логічної рамки: **Дія → Розробка → Набуття знань → Партнери-взаємодія з громадськістю → Дослідження → Бюджети**

Під час моніторингу проекту або програми здійснюється збір рутинних даних, які дозволяють виміряти прогрес досягнення його/її цілей. Він використовується для відстеження змін, які відбуваються під час виконання програми з плином часу.

Моніторинг призначений для:

❖ -виявлення тенденцій та закономірностей;

❖ -корегування стратегій;

❖ -надання зацікавленим сторонам всієї інформації, необхідної для прийняття обґрунтованого рішення щодо ефективності програми та раціональності використання ресурсів.

На діаграмі показані основні питання, які використовуються під час проведення моніторингу. Слід зазначити, що під час нього зазвичай не проводиться збір та аналіз даних про наслідки та вплив програми, бо ці зміни відбуваються протягом більш тривалого періоду часу та потребують спеціального аналізу в рамках заходів з оцінки.

Моніторинг іноді називають оцінкою процесу, оскільки він орієнтований на процес впровадження програми та відповідає на такі ключові запитання:

Наскільки добре впроваджується програма? Наскільки реалізація програми відрізняється на різних сайтах? Чи приносить програма користь тим людям, для яких вона реалізується? Яка вартість тих змін, які відбуваються?

Моніторинг:

✚ є постійним безперервним процесом;

✚ потребує збору даних в декількох точках протягом усього програмного циклу, в тому числі і на його початку, для визначення базового рівня;

✚ може використовуватися визначення того, чи потребують якісь заходи корегування задля досягнення бажаних результатів.

✚ Зазвичай, в ході впровадження проекту/програми здійснюється декілька видів моніторингу, тематика яких визначається конкретними інформаційними потребами:

✚ моніторинг внеску;

✚ моніторинг якості;

✚ моніторинг результатів;

✚ моніторинг та оцінка наслідків;

✚ моніторинг та оцінка впливу.

Моніторинг внеску допомагає надавачам послуг:

оцінити ресурси, необхідні для досягнення цілей проекту;

визначити доступні ресурси;
виявити, чи існує дефіцит ресурсів.

Моніторинг якості.

Ефективність проекту безпосередньо залежить від якості послуг, що надаються клієнтам. Погана якість роботи може стати причиною серйозних проблем у реалізації проекту.

Якість включає в себе обсяг, повноту, безпеку, задоволеність клієнтів, послідовність послуг, що надаються, та умови їхнього надання, а також відповідність їхнього змісту кожній окремій ключовій групі населення.

Основні запитання, на які необхідно відповісти при здійсненні моніторингу якості: Чи надаються послуги так, як це заплановано? Якою є якість кожної послуги, яка надається проектом?

Моніторинг результатів – це головний вид моніторингу на рівні надання послуг. Він дозволяє визначати прогрес у досягненні намічених результатів (завдань), а також виявляти можливі незаплановані ефекти від їхнього виконання (позитивні або негативні).

Індикатори результатів використовуються для:

- ✚ визначення, чи послуги насправді надавались;
- ✚ оцінки кількості людей, які отримали послуги;
- ✚ оцінки того, чи були досягнуті планові показники виконання заходів;
- ✚ визначення можливості покращання якості послуг;
- ✚ відстеження змін у впровадженні послуг;
- ✚ обґрунтування фінансування програми для донорів.

Моніторинг наслідків - відслідковує зміни у знаннях, практиках, навичках, поведінці без намагання визначити, чи призвела конкретно взята програма до цих змін. Наприклад: чи стали представники ключових груп частіше використовувати презервативи?

Моніторинг впливу описує тренди поширеності, захворюваності та смертності від окремих хвороб. Про вплив можна говорити лише як про результат діяльності декількох проектів/програм, а не ефект окремо взятого проекту/програми. Тому моніторинг та оцінка впливу здійснюється на національному або регіональному рівні для розуміння відповіді країни/регіону на весь комплекс профілактичних заходів, який здійснюється на даній території.

Оцінка - це:

✚ епізодичний аналіз (часто ретроспективний) зміни цільових показників і результатів, що сталися внаслідок впровадження програми або проекту - оцінка спрямована на виявлення прямого зв'язку (причинності) між отриманими змінами і проведеними інтервенціями;

✚ процес, в результаті якого визначається значимість, цінність проведених заходів, програми, її подальша необхідність і доцільність і т.д.

Для того щоб зафіксувати зміни, які сталися внаслідок впровадження програми/інтервенції, необхідно виключити всі інші варіанти їхнього виникнення (наприклад: використання стерильного інструментарію при ін'єкційному введенні наркотику і зниження темпів зростання поширеності ВІЛ-інфекції).

Критерії моніторингу та оцінки діяльності спеціалістів, які надають послуги у сфері покращання громадського здоров'я

Назва критерію	Показники
----------------	-----------

Критерій якості	<ul style="list-style-type: none"> – задоволеність клієнтів наданими послугами; – відповідність послуг потребам різних цільових груп; – доступність послуг; – запровадження нових послуг; – кількість осіб, які отримали послуги.
Критерій залученості	<ul style="list-style-type: none"> – кількість опитувань членів громади з метою визначення проблем та потреб у сфері громадського здоров'я; – кількість осіб, які були задіяні в різних заходах.
Критерій професійності	<ul style="list-style-type: none"> – розуміння сутності громадського здоров'я; – володіння різними формами та методами сприяння здоров'ю; – активність у підвищенні рівня професійної вміння добирати оптимальні форми та методи роботи відповідно до особливостей різних цільових груп; – розробка інформаційно-рекламних та навально методичних матеріалів.

Критерії моніторингу та оцінки ефективності міжсекторної взаємодії у послуги у сфері покращання громадського здоров'я

Назва критерію	Показники
Критерій комплексності	<ul style="list-style-type: none"> – проведення спільних заходів з партнерами; – реалізація спільних проектів/ програм; – наявність мультидисциплінарних команд; – наявність координаційних рад; – наявність планів спільних дій; – наявність угод про співпрацю; – наявність місцевої комплексної програми покращення та популяризації громадського здоров'я.
Критерій дієвості	<ul style="list-style-type: none"> – створення чи відновлення роботи закладів (відділень у них) соціальної інфраструктури, діяльність яких спрямована на покращення громадського здоров'я; – інформування членів громади про результати співпраці у сфері сприяння громадському здоров'ю через ЗМІ
Критерій залученості	<p>Критерій залученості</p> <ul style="list-style-type: none"> – проведення інформаційно-рекламних кампаній; – участь членів громади в реалізації соціальних проектів, програм; – наявність ініціативних груп, які вирішують проблеми у сфері громадського здоров'я; – підтримка ініціатив у сфері здоров'я органами місцевого самоврядування, місцевої виконавчої влади, різними соціальними інституціями; – залучення позабюджетних коштів для вирішення проблем у сфері громадського здоров'я.

Критерії моніторингу та оцінки інновацій у сфері покращання громадського здоров'я

Критерій результативності	<ul style="list-style-type: none"> – упровадження нових форм і методів роботи з різними цільовими групами; – позитивні зміни в цільовій групі (зміни ціннісних орієнтацій, зміни мотивації, зміна поведінки); – позитивні оцінки інновацій різ ними членами громади
---------------------------	--

	(спеціалістами, представниками органів виконавчої влади, освіти, громадських організацій тощо); – сформовані навички збереження та зміцнення здоров'я в різних цільових груп
Критерій технологічності	наявність алгоритму впровадження; опис змістових компонентів алгоритму впровадження; виростання різних форм та методів роботи; можливість впровадження інновацій у роботу різних соціальних інституцій.
Критерій відповідності	урахування особливостей та запитів різних цільових груп; спрямованість інновацій на покращення ситуації у сфері громадського здоров'я.

Індикатор - це показник, за допомогою якого можна виміряти досягнення, оцінити роботу і виміряти ті зміни, які відбулися в результаті впровадження інтервенції, роботи програми і т.п. (наприклад: % молодих людей (15-24), які правильно вказують шляхи передачі ВІЛ). Індикатори – це стандартизовані змінні, які дозволяють вимірювати прогрес у досягненні цілей проекту

Для чого потрібні індикатори:

- ❖ Вони є відправною точкою для планування програми, управління діяльністю і звітності.

- ❖ Вони дозволяють відстежити тренди, які цікавлять розробників програми, та ідентифікувати проблеми.

- ❖ Вони можуть служити сигналами раннього попередження і корекції програми.

Типи індикаторів:

- ❖ Кількісні – мають числове значення (наприклад, % охоплених вакцинацією).

- ❖ Якісні – описують характеристики або думки (наприклад, задоволеність послугами)

Рівні індикаторів (логічна рамка):

1. Вклад (Input) – ресурси (гроші, персонал, обладнання).

Індикатори вкладу: ресурси, які використовуються при впровадженні програми: фінанси, кадри, інші матеріальні і нематеріальні ресурси (наприклад: персонал, медикаменти, профілактичні матеріали, обладнання).

2. Діяльність (Activity) – заходи (тренінги, кампанії). Індикатори процесу: все, що виконується в рамках програми або проекту для досягнення бажаного ефекту (наприклад: тренінги для фахівців, надання лікувально-діагностичних послуг, кейс-менеджмент).

3. Результат (Output) – безпосередні результати (кількість охоплених).

4. Наслідок (Outcome) – зміни в поведінці, знаннях, доступі.

5. Вплив (Impact) – довгострокові зміни (зниження захворюваності, смертності)

Індикатори впливу: вимірюють довгостроковий накопичувальний ефект програми (наприклад: зниження смертності від ВІЛ/СНІДу, зменшення кількості нових випадків інфікування ВІЛ, зниження кількості випадків передачі ВІЛ від матері до дитини).

Основні компоненти індикатора:

Назва – короткий заголовок індикатора.

Визначення – зрозумілий і лаконічний опис індикатора.

Ціль – причина існування індикатора, для чого він використовується.

Обґрунтування – чому індикатор потрібен і в чому його користь.

Метод обчислення – логічна і конкретна послідовність операцій, яка використовується для обчислення індикатора. Включає у себе чисельник та знаменник.

Хороший індикатор має бути зрозумілим і лаконічним. Він має бути сфокусованим на одному питанні, відповідь на яке дасть необхідну інформацію про поточну ситуацію.

Критерії хорошого індикатора (AIMS):

➤ Action-focused (орієнтований на дію) Індикатор має вести до дії. Якщо зацікавлені сторони не знають, що робити з отриманими значеннями індикатора, тоді це поганий показник.

➤ Important (важливий) Індикатор та дані, отримані за його допомогою, можуть бути покладені в основу рішення про те, як ефективно реагувати на епідемію.

➤ Measurable (вимірюваний). Індикатор реально можна виміряти на практиці, застосувавши відповідну методологію.

➤ Simple (простий) Працювати з хорошим, простим індикатором, що генерує дані, які можна використати – це краще, ніж займатися пошуком ідеальних індикаторів.

Стандарти, яким має відповідати хороший індикатор (за даними Консультативної групи з моніторингу та оцінки UNAIDS):

- Показник є необхідним та корисним.
- Повинен мати технічні переваги.
- Має чітке визначення.
- Вимірювання показника можна здійснити на практиці.
- Показник був попередньо протестований або вже використовувався раніше.
- Показники в наборах (групах показників) мають бути узгодженими між собою та збалансованими.

Джерела даних для розрахунку індикаторів – це ресурси, які використовуються для отримання даних.

Зазвичай **джерела** даних поділяються на **два типи**:

Рутинні – з цих джерел можна отримати дані, які збираються на постійній основі. Наприклад, це можуть бути журнали реєстрації медичних або профілактичних послуг, наданих пацієнтам/клієнтам.

Нерутинні – з цих джерел можна отримати дані, які збираються на періодичній основі, зазвичай щороку або частіше. Такими є, наприклад, біоповедінкові дослідження.

Для розрахунку одного й того ж показника можуть бути використані різні джерела даних. Наприклад, для знаменника показника охоплення людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН) замісною підтримувальною терапією можна використовувати статистичні дані наркологічних диспансерів щодо кількості ЛВІН (рутинні дані), а можна використати оціночну кількість ЛВІН на певній території (нерутинні дані).

Індикатори для вимірювання **короткострокових** результатів: безпосередні наслідки від вкладу та заходів, які виконуються у ході впровадження програми або проекту (наприклад: кількість людей, які отримали лікування, кількість клієнтів профілактичних програм, кількість осіб, які отримали консультації з питань профілактики ВІЛ-інфекції, кількість осіб, що пройшли тест на ВІЛ).

Індикатори для вимірювання **довгострокових** результатів: ефект, який програма зробила на цільову групу і який, в ідеалі, повинен привести до бажаного кінцевого результату програми. Ефекти можуть бути різними і включати в себе обізнаність, ставлення, поведінку, використання і т.д. (наприклад: зниження ризикованої поведінки стосовно ВІЛ-інфекції).

Правильно організований моніторинг та оцінка діяльності у сфері покращення громадського здоров'я базуються на чіткій послідовності досягнення певних намічених

результатів, відповідно до чого очікується, що належні результати на рівні покращення індивідуального здоров'я приведуть до успіху на рівні покращення громадського здоров'я окремої громади чи певного регіону.

ТЕМА 6: ІННОВАЦІЇ ТА ЦИФРОВІЗАЦІЯ У ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'І. ПРОЄКТИ У СФЕРІ ЦИФРОВІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ТА ЕЛЕКТРОННОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. ПИТАННЯ КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ ДАНИХ, ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПРИ ВИКОРИСТАННІ

МЕТА ЗАНЯТТЯ:

1. Ознайомитися із станом запровадження інновацій та цифровізації у громадському здоров'ї, проєктів у сфері цифровізації медичної інформації та Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ).

2. Ознайомитись із правилами дотримання конфіденційності та безпеки даних, відповідальності при використанні.

ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ:

1. Стан інновацій та цифровізації у громадському здоров'ї.

2. Переваги запровадження Електронної системи охорони здоров'я в сфері охорони здоров'я.

3. Ключові ролі основних учасників ЕСОЗ.

4. Автоматизоване робоче місце (АРМ) як модуль МІС, його завдання та функції.

5. Проєкти у сфері цифровізації медичної інформації та електронної системи охорони здоров'я.

6. *Питання конфіденційності та безпеки даних, відповідальності при використанні. Ключові вимоги при обробці персональних даних.*

7. *Права і обов'язки суб'єкта персональних даних(ПД).*

8. *Права та відповідальність медичних працівників при обробці персональних даних.*

ЗАВДАННЯ:

1. Оволодіти знаннями зі сучасного стану інновацій та цифровізації у громадському здоров'ї.

2. Засвоїти правила дотримання конфіденційності та безпеки даних, відповідальності при використанні.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

2. Закон України «Про інформацію».

3. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

4. Закон України «Про захист персональних даних».

5. Закон України «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги».

6. Закон України «Про електронні документи та електронний документообіг».

7. Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411 “Деякі питання електронної системи охорони здоров’я”.

8. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 № 1671 “Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров’я”.

9. Технічні вимоги до МІС.

10. Серія навчальних відеороликів, розміщених на спеціалізованому вебпорталі Академії НСЗУ.

11. YouTube-канал eHealth.

12. Навчальний курс на порталі “Дія: цифрова освіта” “Цифрові навички для медичних працівників”

13. Бем М., Городиський І. Захист персональних даних: правове регулювання та практичні аспекти: науково-практичний посібник. К.: «К.І.С.», 2021 157с.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Розвиток цифрових технологій сприяє розвитку національної цифрової економіки та суспільства, підвищенню якості життя громадян, а також диктує потребу у підготовці кадрового потенціалу для реалізації державної політики цифрової трансформації у сфері охорони здоров’я, яку окреслено, у тому числі в законодавчих актах з розвитку цифрової економіки та суспільства України, розвитку цифрових компетентностей громадян, цифрової трансформації системи охорони здоров’я. Пріоритетні напрями, завдання і проекти у сфері охорони здоров’я вже значною мірою реалізовані у вигляді створеної в Україні екосистеми електронної охорони здоров’я, а також введених окремо спецкурсів у закладах медичної та фармацевтичної освіти. Такий підхід узгоджується зі світовими тенденціями та рекомендаціями ВООЗ, однак наразі залишаються ще відкритими питання структуризації і відповідності конкретних цифрових знань, умінь і навичок певним рівням фахової кваліфікації, посадовим обов’язкам і виконуваним функціям працівників охорони здоров’я різних категорій.

Електронна система охорони здоров’я (ЕСОЗ) – двокомпонентна система, в якій користувач через медичну інформаційну систему (МІС) взаємодіє з центральною базою даних. Це інформаційно-телекомунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс.

ЕСОЗ складається з:

1) центральної бази даних (ЦБД) – це інформаційно-телекомунікаційна система, яка містить передбачені законодавством реєстри, програмні модулі, інформаційну систему НСЗУ, в частині, необхідній для реалізації державних фінансових гарантій та ін., а також для забезпечення можливості створення, перегляду, обміну інформацією та документами між реєстрами, державними електронними інформаційними ресурсами, електронними медичними інформаційними системами.

2) МІС (електронна медична інформаційна система) – інформаційно-телекомунікаційної системи, яка дає змогу автоматизувати роботу суб’єктів господарювання у сфері охорони здоров’я, створювати, переглядати, обмінюватися

інформацією в електронній формі, зокрема з центральною базою даних (у разі підключення).

Завдання електронної системи охорони здоров'я:

- Забезпечити прозорість фінансування системи охорони здоров'я;
- Надати можливість працювати без паперу поступовий перехід на електронний облік (е-рецепт, е-картка, е-направлення);
- Сформувати бізнес-середовище для створення нових електронних сервісів;
- Створити простір для інновацій в медицині (machine learning, big data, blockchain, etc.);
- Сприяти розвитку медичного ІТ-ринку.



Рамка цифрових компетентностей для працівників охорони здоров'я України

Рамка цифрової компетентності працівника охорони здоров'я – це документ, який підвищить рівень цифрової грамотності фахівців медичної сфери. Рамка допоможе формувати державну політику та впроваджувати освітні ініціативи, щоб збільшити використання цифрових технологій медичними працівниками різних напрямів та категорій.

Документ реалізовано у межах втілення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. Також він відповідає Концепції розвитку цифрових компетентностей та Концепції розвитку електронної охорони здоров'я.

За основу взято підхід до створення європейської концептуально-еталонної моделі Рамки цифрових компетентностей для громадян ЄС (The Digital Competence Framework for Citizens DigComp 2.1 та DigComp 2.2.1), досвід Великої Британії, США та Канади,

рекомендації у сфері цифрових компетентностей від інших європейських та міжнародних інституцій, а також кращі світові та європейські практики в сфері охорони здоров'я. Міжнародний досвід було адаптовано до національних особливостей, потреб та стану розвитку електронної охорони здоров'я в Україні.

Автоматизоване робоче місце (АРМ) як модуль МІС, його завдання та функції

Автоматизоване робоче місце є необхідним модулем МІС для забезпечення кращої роботи закладу, що дозволяє максимально автоматизувати роботу кожного спеціаліста, підвищивши якість надання медичних послуг.

Завдання, які розв'язує використання АРМ:

- економія часу (ведення документації в електронному вигляді, доступ до результатів обстежень і призначень інших лікарів, можна скоротити час, витрачений на зазначені види робіт та надавати більше медичних послуг);
- підвищення лояльності до пацієнтів (прийом через відеозв'язок, контроль лікування в реальному часі тощо);
- можливість контролю власної ефективності.

Автоматизоване робоче місце (АРМ) – індивідуальний комплекс технічних і програмних засобів, що призначений для автоматизації професійної праці користувача і забезпечує підготовку, редагування, пошук і видачу на екран та друк необхідних йому документів і даних. **АРМ працівника сфери охорони здоров'я** є програмним модулем електронної медичної інформаційної системи (МІС), призначеним для підвищення ефективності роботи працівників шляхом значного скорочення часу на виконання іншої роботи. АРМ включає наступні ключові блоки: робоче місце медичного та фармацевтичного працівника.

Робоче місце медичного працівника – це функціональний блок МІС, що включає основні інструменти щодо роботи з даними про пацієнтів та їх медичними записами в ЕСОЗ і складається з відповідних модулів, зокрема: “Робоче місце лікаря ПМД”, “Робоче місце лікаря СМД”, “Робоче місце середнього медичного персоналу”, “Робоче місце лаборанта”, “Робоче місце медичного координатора”.

Робоче місце фармацевтичного працівника – це функціональний блок для роботи фармацевтичних працівників в Е

При впровадженні електронної охорони здоров'я та електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) цифрова компетентність стає невід'ємною складовою професійної діяльності працівників сфери охорони здоров'я. Цифрова компетентність охоплює впевнене, критичне та відповідальне використання цифрових технологій безпосередньо у професійній діяльності, а також для безперервного професійного розвитку (БПР), працевлаштування та власного розвитку. Цифрова компетентність працівника сфери охорони здоров'я охоплює такі поняття як загальна цифрова грамотність, інформаційна грамотність, управління цифровими медичними даними та передача медичної інформації, цифрова комунікація та співпраця, проведення діагностичних досліджень, підтримка прийняття рішень, кібергігієна та кібербезпека (включаючи захист персональних даних пацієнтів), а також розв'язання проблем і навчання впродовж життя у цифровому середовищі.

Залежно від вибору МІС модуль **робочого місця лікаря** може відрізнитись за інтерфейсом та додатковою функціональністю. Але модуль будь-якої МІС, яка підключена до ЦБД ЕСОЗ, включає обов'язкову для роботи з ЕСОЗ функціональність.

Модуль “Функціональності ЕСОЗ, доступні для лікарів первинної медичної допомоги (Робоче місце лікаря ПМД)” повинен містити таку обов’язкову функціональність:

- перегляд та заключення декларацій із пацієнтами;
- ведення електронних медичних записів;
- електронні направлення;
- діагностичні звіти;
- процедури;
- спостереження;
- облік електронних рецептів на лікарські засоби;
- облік електронних рецептів на медичні вироби;
- формування медичних висновків, у тому числі про тимчасову непрацездатність;
- імунізація;
- отримання доступу до медичних даних;
- робота з записами про пацієнтів у системі;
- план лікування;
- робота з довідниками, номенклатурами та класифікаторами;
- клінічна оцінка.

Модуль “Функціональності ЕСОЗ, доступні для лікарів спеціалізованої медичної допомоги (Робоче місце лікаря СМД)” повинен містити таку обов’язкову функціональність:

- ведення електронних медичних записів;
- діагностичні звіти;
- процедури;
- спостереження;
- ЕМЗ та електронні направлення для неідентифікованих пацієнтів;
- електронні направлення;
- ЕМЗ у стаціонарних умовах;
- формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність;
- імунізація;
- отримання доступу до медичних даних;
- робота з записами про пацієнтів у системі;
- облік електронних рецептів на лікарські засоби;
- облік електронних рецептів на медичні вироби;
- план лікування;
- робота з довідниками, номенклатурами та класифікаторами;
- клінічна оцінка.

Відповідно до наказу МОЗ України від 27.12.2013 № 1150 **автоматизоване робоче місце медичного працівника** має включати, проте не обмежуватись наступним:

• **у завідувача амбулаторією, лікарів ПМД, старшої медичної сестри, молодших спеціалістів з медичною освітою:** системний блок з монітором або ноутбук, або інші еквівалентні пристрої, принтер, стандартне та прикладне програмне забезпечення, інші периферійні пристрої, у т.ч. такі, що забезпечують доступ до локальної мережі та Інтернет;

• **у реєстратора:** системний блок з монітором, принтер, стандартне та прикладне програмне забезпечення, інші периферійні пристрої, у тому числі такі, що забезпечують доступ до локальної мережі та Інтернет;

• у головного лікаря, заступника головного лікаря, статистика, бухгалтера, економіста, головної медсестри: системний блок з монітором, принтер, стандартне та прикладне програмне забезпечення, інші периферійні пристрої, у тому числі такі, що забезпечують доступ до локальної мережі та Інтернет.

Метою створення **робочого місця фармацевтичного працівника** є:

• оптимізація, прозорість та ефективність процесу погашення рецептів на рецептурні ліки;

• спрощення та автоматизація регулярної звітності в аптечному закладі;

• інструмент контролю за відпуском рецептурних препаратів суворої звітності;

• інструмент відпуску рецептурних препаратів за програмою «Доступні ліки».

Залежно від вибору МІС модуль робочого місця фармацевта може відрізнятися за інтерфейсом та додатковою функціональністю. Обсяг **функціональних вимог**:

• можливість перегляду записів про електронні рецепти, у тому числі виписані за програмою реімбурсації «Доступні ліки»;

• відпуск лікарських засобів за електронними рецептами, у тому числі виписаними за програмою реімбурсації «Доступні ліки» тощо.

Для відпуску рецептурних ліків аптечний заклад необхідно забезпечити таким обладнанням:

• робоче місце фармацевта: стандартний ПК або ноутбук;

• доступний та швидкий Інтернет: відтак кожен комп'ютер має бути підключеним до мережі Інтернет;

• програмне забезпечення: операційна система, МІС. Надавайте перевагу ліцензійному програмному забезпеченню – це забезпечить його регулярне оновлення до актуальної версії, а також посилить безпеку вашої комп'ютерної мережі;

• периферійна техніка: сканер штрихкодів (опціонально для зручності сканування рецептів).

ПИТАННЯ КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ ДАНИХ

Ключові терміни, що визначають ролі учасників відносин, пов'язаних з обробкою і захистом ПД:

- **Суб'єкт персональних даних** - фізична особа, персональні дані якої обробляються.

- **Володільць персональних даних** - фізична або юридична особа, яка визначає мету обробки персональних даних, встановлює склад цих даних та процедури їх обробки, якщо інше не визначено законом.

- **Розпорядник персональних даних** - фізична чи юридична особа, якій володільцем персональних даних або законом надано право обробляти ці дані від імені володільця.

- **Третя особа** - будь-яка особа, за винятком суб'єкта персональних даних, володільця чи розпорядника персональних даних та Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, якій володільцем чи розпорядником персональних даних здійснюється передача персональних даних.

- **Одержувач** - фізична чи юридична особа, якій надаються персональні дані, у тому числі третя особа.

- **Відповідальність** - передбачені законами негативні наслідки особистого, майнового чи організаційного характеру, яких зазнає особа за вчинення певного порушення.

Із впровадженням електронної системи охорони здоров'я питання захисту персональних даних (ПД) пацієнтів стало надзвичайно актуальним. Адже з перенесенням медичних даних в електронний вигляд та недостатнім розумінням щодо поводження з ПД, ризики розголошення конфіденційної інформації суттєво зростають. Витік інформації про пацієнтів, стан їхнього здоров'я і деталей лікування може призвести до негативних наслідків для пацієнта, працівника закладу, з вини якого стався такий витік, а також закладу охорони здоров'я в цілому. Саме тому забезпечення належного рівня захисту ПД пацієнтів є важливим аспектом при роботі з ЕСОЗ.

Кожна особа є суб'єктом персональних даних, таких як ім'я, дата народження, номер телефону тощо. У контексті теми цього документа найчастіше суб'єктом ПД виступає саме пацієнт.

Наприклад, лікувальний заклад, отримавши ПД пацієнта, починає здійснювати їхню обробку та стає володільцем персональних даних пацієнта.

Володілець може доручити обробку ПД розпоряднику відповідно до договору, укладеного в письмовій формі. Розпорядник може обробляти ПД лише з метою і в обсязі, визначеними у договорі.

Ключові вимоги при обробці персональних даних

Ключовим документом, який регулює основні правила роботи ЕСОЗ, порядок внесення та обміну інформацією в ЕСОЗ, реєстрацію користувачів є [постанова КМУ від 25.04.2018 № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я»](#).

Обробка ПД в ЕСОЗ здійснюється з дотриманням вимог Закону України «Про захист персональних даних». Це означає, що правила, підстави обробки даних в ЕСОЗ, права та обов'язки ключових учасників базуються та повинні відповідати саме принципам, закладеним у Законі України «Про захист персональних даних». З іншої сторони, враховуючи специфіку ЕСОЗ, при обробці ПД можуть виникати і деякі особливості.

Основною вимогою до всіх осіб, які здійснюють обробку ПД, є забезпечення належного захисту ПД для того, щоб треті особи не отримали доступу до ПД. Тобто, мова йде про вимоги до всіх володільців та розпорядників.

Для того, щоб створити та забезпечити механізм захисту ПД, діюче законодавство України ставить низку вимог до володільців та розпорядників, зокрема:

- використання ПД володільцем має здійснюватися лише тоді, коли володілець створив умови для захисту цих даних;

- використання ПД працівниками володільця має здійснюватися лише відповідно до їхніх професійних/службових/трудова об'язків. Ці працівники зобов'язані не допускати розголошення у будь-який спосіб ПД, які їм було довірено або які стали відомі у зв'язку з виконанням професійних/службових/трудова об'язків, крім випадків, передбачених законом. Таке зобов'язання чинне також і після припинення ними діяльності, пов'язаної з ПД;

- ПД можуть оброблятися у формі, що допускає ідентифікацію фізичної особи, якої вони стосуються, у строк не більше, ніж це необхідно відповідно до мети їхньої обробки. В будь-якому разі вони обробляються у формі, що допускає ідентифікацію фізичної особи, якої вони стосуються, не довше, ніж це передбачено законодавством у сфері архівної справи та діловодства.

Окрему увагу варто акцентувати на строках обробки ПД. [Закон України “Про захист персональних даних”](#) передбачає, що обробка ПД допускається у термін, що не є довшим, ніж для цього є обґрунтована мета та належна підстава. Важливо зазначити, що

документи, які містять ПД, мають певні законодавчо встановлені терміни зберігання. Наприклад, історії хвороби стаціонарних хворих мають зберігатися не менше 25 років, а амбулаторних – не менше 5 років після вибуття. Тобто, при визначенні термінів обробки ПД пацієнтів потрібно також враховувати ці строки, а також встановлені строки для зберігання інших документів.

Права і обов'язки суб'єкта персональних даних

Чітке розуміння правового статусу пацієнта як суб'єкта персональних даних допоможе правильно побудувати свою роботу з персональними даними пацієнта, а також допоможе у спілкуванні з пацієнтами та/або при вирішенні нестандартних ситуацій.

Пацієнт, будучи суб'єктом персональних даних – тобто особою, дані якої обробляються, має певні права та обов'язки, які слідують з цього статусу. Як було зазначено раніше, медичні дані (чутливі дані) є частиною та входять до складу персональних даних.

Права пацієнтів як суб'єктів персональних даних встановлюються Законом України «Про захист персональних даних». Такі права пацієнтів умовно можна об'єднати у три групи:

- права, що пов'язані з доступом до даних;
- права, що пов'язані з розпорядженням даними;
- права, що пов'язані з захистом ПД.

Права пацієнтів, що пов'язані з доступом до ПД

Ця група прав пов'язана з обізнаністю пацієнта як суб'єкта ПД щодо інформації про те, хто та в якому обсязі матиме доступ до його ПД:

1. Пацієнт має право знати про місцезнаходження своїх ПД, мету їх обробки, місцезнаходження володільця та розпорядника ПД.

Наприклад, пацієнт повідомляється про мету обробки ПД під час підписання Декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затверджену Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 503 від 19.03.2018.

2. У разі передачі ПД третім особам, пацієнт має право отримувати інформацію про таку передачу, зокрема осіб, яким передаються його ПД.

3. Пацієнт має право на доступ до своїх ПД.

Законодавство передбачає право пацієнта, як користувача ЕСОЗ, вносити та переглядати інформацію про себе в системі. Хоча наразі технічна можливість реалізувати це право відсутня, однак активно триває розробка модулю “Кабінет пацієнта”, де пацієнт зможе ознайомлюватись та редагувати інформацію про себе в ЕСОЗ. Наразі пацієнт реалізує це право шляхом звернення із запитом до медичного закладу з проханням ознайомитися з історією хвороби або іншою медичною інформацією. Медичний працівник зобов'язаний надати доступ до такої інформації. Запит повинен містити інформацію про ПІБ пацієнта, місце його проживання, документ, що посвідчує особу.

4. Пацієнт має право отримувати інформацію щодо того, чи обробляються його ПД.

Реалізація цього права здійснюється шляхом направлення відповідного запиту. Запит повинен направлятись у письмовій формі в порядку та у спосіб, що передбачені Законом України “Про захист персональних даних”. Відповідь на запит повинна бути надана протягом місяця. Якщо в результаті розгляду звернення питання не було

вирішено, суб'єкт ПД може звернутися за захистом/поновленням своїх прав до Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини.

Права пацієнтів, що пов'язані з розпорядженням своїми ПД

У цю категорію входять права пацієнта як суб'єкта ПД, пов'язані з можливістю вчиняти певні дії щодо своїх ПД, зокрема:

1. Пацієнт має право вимагати зміни своїх недостовірних ПД володільцем та розпорядником шляхом пред'явлення вмотивованої письмової вимоги (з поясненнями, в чому саме недостовірність або невідповідність). Після отримання такої вимоги володілець або розпорядник зобов'язаний внести зміни до недостовірних ПД пацієнта.

2. Пацієнт має право вимагати знищення своїх ПД будь-яким володільцем та розпорядником, якщо ці дані обробляються незаконно (наприклад, якщо ПД обробляються без належної правової підстави або якщо обробляються дані, обробка яких заборонена законом). Таке право реалізується шляхом направлення письмової вимоги з обґрунтуванням причин необхідності видалення ПД, зокрема, незаконності їх обробки.

3. Право вносити застереження стосовно обмеження (встановлювати певні обмеження) права на обробку своїх ПД під час надання згоди (застосовується, коли підставою для обробки ПД є згода). Такі обмеження можуть стосуватись мети обробки ПД, передачі ПД третім особам тощо. Володільці та розпорядники зобов'язані враховувати застереження при обробці ПД.

4. Пацієнт має право відкликати згоду на обробку ПД (застосовується, коли підставою для обробки ПД є згода). Відкликання згоди є можливим, якщо ПД обробляються на підставі згоди, та має відбуватися у такій самій формі, у якій така згода надавалась.

Права пацієнтів, що пов'язані з захистом своїх ПД

Ця група об'єднує права пацієнта як суб'єкта ПД, які спрямовані на реалізацію базового фундаментального принципу в сфері ПД – їхнього захисту:

1. Пацієнт має право на захист своїх ПД від незаконної обробки та випадкової втрати, знищення, пошкодження у зв'язку з умисним приховуванням, ненаданням чи несвоєчасним їх наданням. У випадку порушення цього права, пацієнт має право захищати свої права шляхом звернення до Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, або до суду.

2. Пацієнт має право звертатися зі скаргами на обробку своїх ПД до Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини або до суду, застосовувати інші можливі засоби правового захисту. Пацієнт також може звертатися з претензією до самого володільця або розпорядника.

3. Пацієнт має право на захист від автоматизованого рішення, яке має для нього правові наслідки, та знати механізм автоматичної обробки ПД. Наприклад, в медичній сфері це може бути певна програма, яка за наявними ПД визначає чи має право особа брати участь у реабілітаційних програмах, програмах лікування тощо. Тому в разі наявності такого алгоритму і використання ПД пацієнта в ньому, пацієнт повинен бути попереджений/повідомлений про такий механізм автоматизованої обробки і мати можливість заперечити проти застосування його результатів.

Отже, пацієнти як суб'єкти ПД мають значно більше прав ніж обов'язків. Це обумовлено тим, що суб'єкт ПД передає свій важливий ресурс, тобто персональні дані. Одак серед обов'язків пацієнтів як суб'єктів ПД все ж варто виділити наступні:

1. надавати відповідному надавачу медичних послуг достовірну інформацію (у тому числі, персональні дані) та документи, необхідні для отримання медичних послуг, медичних виробів та лікарських засобів (ст. 6 ЗУ "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення"). Варто зауважити, що, підписуючи декларацію про вибір лікаря, пацієнт підтверджує достовірність наданих даних;

2. і у разі якщо реєстрація пацієнтів здійснюється ними самостійно через особистий кабінет пацієнта - забезпечити внесення актуальних та достовірних даних про себе до центральної бази даних ЕСОЗ.

Доступ третіх осіб до персональних даних

Як зазначалось у попередніх розділах, унеможливлення доступу третіх осіб до ПД є однією з ключових вимог при роботі з ПД. Однак, в деяких випадках, такий доступ може чи повинен надаватись з урахуванням правового статусу особи, що запитує інформацію, та конкретних обставин.

Нижче наводимо інформацію щодо найбільш поширених випадків можливого правомірного розкриття ПД пацієнта третім особам:

Члени сім'ї пацієнта

Часто на практиці виникають ситуації, коли родичі пацієнта просять надати їм інформацію про стан здоров'я пацієнта. В таких ситуаціях потрібно розуміти, чи мають члени сім'ї право на доступ до інформації про пацієнтів, і якщо так, то хто саме, та в якому обсязі.

[Ст. 285 Цивільного Кодексу України](#) та [ст. 39 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»](#) передбачають, що батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на доступ до інформації про стан здоров'я дитини або підопічного.

Однак, медичні працівники мають право **дати неповну інформацію** про стан здоров'я фізичної особи, обмежити можливість їхнього ознайомлення з окремими медичними документами, якщо інформація про хворобу фізичної особи може: погіршити стан її здоров'я, погіршити стан здоров'я батьків (усиновлювачів), опікуна або піклувальника, зашкодити процесу лікування.

Працівники медичних закладів

Використання ПД працівниками суб'єктів відносин, пов'язаних з ПД (наприклад, ЗОЗ), повинно здійснюватися лише відповідно до їхніх професійних, службових або трудових обов'язків.

У той же час такому використанню кореспондує обов'язок працівників не допускати розголошення у будь-який спосіб ПД, які їм було довірено або які стали відомі у зв'язку з виконанням професійних, службових або трудових обов'язків. Крім того, такий обов'язок зберігається після припинення ними діяльності, пов'язаної з ПД.

Обсяг доступу до даних пацієнта є обмеженим. Він обмежується з метою доступу чи використання персональних даних – виконанням професійних, трудових або службових обов'язків. Тобто працівники ЗОЗ повинні користуватися доступом лише до тих ПД пацієнтів, які необхідні їм у зв'язку з виконанням їхніх професійних, службових або трудових обов'язків.

Тобто, лікар може працювати виключно з ПД пацієнтів, яким надається медична допомога таким лікарем, або з даними, які необхідні йому для надання медичної допомоги.

Роботодавці та заклади освіти

Ст. 391 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» прямо забороняє надавати інформацію про діагноз і методи лікування пацієнта за місцем роботи або навчання. Тобто, якщо до закладу або безпосередньо до медичного працівника надходить запит від роботодавця чи навчального закладу (вищі навчальні заклади, школи, дитячі садочки тощо) щодо стану здоров'я працівника або особи, що навчається, медичний працівник не має права надавати роботодавцю чи навчальному закладу відомості про пацієнта, що становлять лікарську таємницю.

Винятками є випадки інформування підприємства, де працює особа, що постраждала внаслідок нещасного випадку на виробництві. Заклад зобов'язаний невідкладно передати екстрене повідомлення про звернення потерпілого з посиланням на нещасний випадок на виробництві (у разі можливості, з висновком про ступінь тяжкості травм) підприємству, де працює потерпілий або на якому він виконував роботу. У контексті інфекційних захворювань, лише головні державні санітарні лікарі (їхні заступники) можуть вносити власникам підприємств та установ подання про відсторонення від роботи або іншої діяльності (навчання) осіб, які, наприклад, є носіями збудників інфекційних захворювань, були в контакті з такими хворими тощо.

Інші особи

Окрім самого пацієнта, його родичів, медичного персоналу, доступ до персональних даних пацієнта можуть також отримати треті особи – особи, які не мають родинних зв'язків з пацієнтом та не беруть участь у процесі надання медичної допомоги. На практиці, це може бути широке коло осіб, як: адвокати, правоохоронні органи (органи поліції, органи прокуратури, Служба безпеки України), суди, страхові організації тощо.

За загальним правилом поширювати персональні дані про особу можна **лише за згодою такої особи**. Однак відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» **дані пацієнтів можуть поширюватись без згоди суб'єкта ПД у випадках, визначених законом, і лише (якщо це необхідно) в інтересах національної безпеки, економічного добробуту, прав людини. Порядок доступу до ПД повинен відповідати наступним умовам:**

1. Третя особа бере на себе зобов'язання щодо забезпечення виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» (наприклад, не допускати будь-якого розголошення даних, не допускати несанкціонований доступ третіх осіб та інші вимоги). Якщо третя особа не здатна забезпечити виконання вимог цього закону або не бере на себе таке зобов'язання, то ПД передаватись не можуть.

2. Третя особа подала запит, який містить всю необхідну інформацію, передбачену ч. 4 ст. 16 Закону України «Про захист персональних даних», а саме:

- відомості про особу заявника: прізвище, ім'я та по батькові (далі – ПІБ), місце проживання, реквізити паспорту для фізичної особи; найменування, місцезнаходження юридичної особи, яка подає запит, посада, ПІБ, яка засвідчує запит; підтвердження того, що зміст запиту відповідає повноваженням юридичної особи (наприклад, запит державного органу має містити інформацію, яка підтверджує, що зміст запиту відповідає повноваженням певного державного органу);

- ПІБ, а також інші відомості, що дають змогу ідентифікувати фізичну особу, стосовно якої робиться запит;

- відомості про базу ПД, стосовно якої подається запит або відомості про володільця чи розпорядника;

- перелік ПД, що потрібні третій особі згідно з запитом;
- мета та/або правові підстави для запиту.

Ключовим при ухваленні рішення про надання персональних даних третім особам є наявність у таких осіб відповідної мети та правової підстави. Як зазначає Уповноважений ВРУ з прав людини, запит повинен мати чіткі посилання на повноваження, у рамках виконання яких запитуються персональні дані. Повноваження, для виконання яких запитуються персональні дані, повинні бути «з достатньою чіткістю» передбачені [законодавством України](#).

Права та відповідальність медичних працівників

Окрім прав та обов'язків, медичні працівники при обробці персональних даних мають ще й відповідальність.

Відповідальність за порушення законодавства України в сфері персональних даних включає:

1. **Дисциплінарна відповідальність.** Особа, яка допустила порушення прав пацієнта на захист ПД, може бути притягнута до дисциплінарної відповідальності відповідно до ст. 147 – 152 [Кодексу законів про працю України](#). Наприклад, до медичного працівника може бути застосовано догану чи звільнення. Варто звернути увагу, що законодавством, статутами і положеннями про дисципліну можуть бути передбачені й інші дисциплінарні стягнення.

2. **Цивільно-правова відповідальність** передбачена ст. 1166 – 1167, ст. 1172 [Цивільного кодексу України](#). Потерпіла особа, тобто особа, чії права на захист ПД були порушені, може звернутися з вимогою (в т.ч. з позовом до суду) про відшкодування їй майнової та/або моральної шкоди, завданої порушенням. В такому випадку, шкода, завдана медичним працівником, відшкодовується медичним закладом. В свою чергу, медичний заклад має право зворотної вимоги до медичного працівника щодо компенсації виплаченого відшкодування.

3. **Адміністративна відповідальність** встановлена у ст. 188-39 [Кодексу України про адміністративні правопорушення](#). Якщо недотримання законодавчих вимог щодо захисту ПД призвело до незаконного доступу до таких даних або порушення прав особи, на винних осіб (наприклад, медичного працівника) може бути накладено штраф у розмірі від 1 700 до 8 500 гривень, а у разі повторного вчинення такого порушення – штраф у розмірі від 17 000 до 34 000 гривень. Якщо порушення вчинено посадовою особою (наприклад, керівником медичного закладу), розмір такого штрафу складатиме від 5 100 до 17 000 гривень, а у разі повторного вчинення такого порушення – штраф у розмірі від 8 500 до 34 000 гривень.

4. **Кримінальна відповідальність** закріплена у ст. 145, 182 [Кримінального кодексу України](#). Особливістю кримінальної відповідальності є те, що вона може настати лише у разі умисних неправомірних дій щодо ПД або даних про здоров'я. В якості приклада, розглянемо покарання за умисні неправомірні дії:

- Умисні неправомірні дії щодо конфіденційної інформації (ст. 182 [Кримінального кодексу України](#)). За такі дії може наступати відповідальність у формі штрафу від 8 500 грн до 17 000 грн, або виправних робіт на строк до 2 років, або арешту на строк до 6 місяців, або обмеження волі на строк до 3 років (в окремих випадках арешт на строк від 3 до 6 місяців), або в окремих випадках, обмеження або позбавлення волі від 3 до 5 років. Відповідальними за умисні неправомірні дії щодо конфіденційної інформації (ст. 182 ККУ) можуть бути будь-які працівники медичного закладу, які вчинили такі дії.

• Умисні неправомірні дії щодо інформації, що становить лікарську таємницю, якщо це спричинило тяжкі наслідки (ст. 145 [Кримінального кодексу України](#)). Такі дії можуть проявлятися у розголошенні лікарської таємниці або порушенні обов'язку щодо захисту персональних даних (наприклад, незаконне збирання, зберігання, використання, знищення, розкриття персональних даних третім особам). Тяжкими наслідками може вважатися звільнення з роботи, самокалічення або погіршення здоров'я особи, інформація щодо якої розголошена. Питання про визнання наслідків тяжкими повинне вирішуватись індивідуально у кожній справі з урахуванням усіх обставин. Відповідальність за такі дії може бути у вигляді штрафу від 17 000 грн до 68 000 грн, або громадських робіт на строк до 240 годин, або позбавлення права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до 3 років, або виправні роботи на строк до 2 років.

Важливо наголосити, що кримінальна відповідальність та адміністративна не можуть застосовуватись одночасно за одне й те саме діяння. Наприклад, медичний працівник допустив розголошення персональних даних, що становлять лікарську таємницю, чим порушив законодавство про захист персональних даних. Як наслідок, до нього може бути застосовано адміністративне або кримінальне покарання разом з майновою та дисциплінарною відповідальністю. При цьому конкретний вид відповідальності за порушення законодавства в сфері ПД залежатиме від характеру вчиненого діяння, ступеня вини порушника, інших обставин та повинен бути проаналізований індивідуально в кожному випадку.

ТЕМА 7: ІНІЦІАТИВИ З РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ШИРОКОГО ДОСТУПУ ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ. ТЕЛЕМЕДИЦИНА БЕЗ КОРДОНІВ: ЯК ОНЛАЙН-КОНСУЛЬТАЦІЇ РОЗШИРЮЮТЬ ДОСТУП ДО ЛІКАРІВ ДЛЯ ЖИТЕЛІВ ВІДДАЛЕНИХ ГРОМАД

МЕТА: Засвоїти сучасні ініціативи розвитку первинної медичної допомоги, зокрема інструменти телемедицини, що сприяють забезпеченню рівного доступу до медичних послуг для всіх груп населення, включно з жителями віддалених та малодоступних територій.

ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ:

1. Первинна медична допомога (ПМД):
 - а) визначення, роль та значення;
 - б) ключові принципи організації;
 - в) виклики та бар'єри у доступності ПМД в Україні та світі.
2. Сучасні ініціативи з розвитку ПМД:
 - а) реформа фінансування та роль сімейного лікаря;
 - б) розширення функцій амбулаторій та центрів ПМД;
 - в) інтеграція з громадським здоров'ям та профілактикою захворювань.
3. Телемедицина як інноваційний інструмент:
 - а) визначення та основні напрями використання (онлайн-консультації, дистанційний моніторинг, електронні рецепти);
 - б) правові та етичні аспекти застосування;
 - в) технічне забезпечення та вимоги до інформаційної безпеки.
4. Переваги телемедицини для пацієнтів.

5. Переваги телемедицини для лікарів і системи охорони здоров'я.
6. Обмеження та виклики телемедицини.
7. Перспективи розвитку:
 - а) інтеграція телемедицини у систему ПМД;
 - б) міжнародні практики («телемедицина без кордонів»);
 - в) роль штучного інтелекту та мобільних додатків у майбутньому.

ЗАВДАННЯ:

1. Ознайомитися з сучасними реформами первинної медичної допомоги в Україні та світі, визначити ключові ініціативи, спрямовані на підвищення доступності медичних послуг.
2. На прикладі сільської громади провести аналіз бар'єрів у доступі до лікаря та визначити, як телемедицина може їх подолати.
3. Розробити модель організації онлайн-консультацій для віддаленої громади (перелік послуг, необхідне технічне забезпечення, роль сімейного лікаря).
4. Сформувати власні пропозиції щодо удосконалення телемедичних сервісів у системі ПМД в Україні.

ЛІТЕРАТУРА:

основна:

1. Склярова Є. Я., Бичкова М. А., Лемішко Б. Б., Демидова А. Л., Садовий І. С. Громадське здоров'я у практиці сімейного лікаря. – Київ: Здоров'я, 2021. – С. 112–134, 210–224.
2. Грузева Т. С., Лехан В. М., Огнєв В. А. та ін. Громадське здоров'я: підручник / за ред. Т. С. Грузевої. – Вінниця: Нова Книга, 2023. – С. 356–389, 540–567.
3. Голованова І. А. та ін. Громадське здоров'я. – Харків: Магнолія, 2024. – С. 278–299, 402–416.
4. Матеріали лекції до теми.

додаткова:

1. Міністерство охорони здоров'я України. Електронна система охорони здоров'я (eHealth): принципи, можливості та перспективи розвитку. – Київ: МОЗ, 2022.
2. European Commission. Telemedicine Report: How to improve access to healthcare through digital innovation. – Brussels: EC, 2021.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Для виконання завдань самостійної роботи відведено 1 практичне заняття, яке проводиться у форматі аналізу телемедичних сервісів. Вся послідовність робіт та результати аналізу повинні виконуватись відповідно до завдань даної методичної розробки.

Це комплексне завдання, виконання якого базується не тільки на сьогоденній підготовці за темою, але й на знаннях, набутих на минулих лекціях та практичних заняттях, пов'язаних із:

- ✓ організацією роботи первинної медичної допомоги (ПМД);
- ✓ профілактичною медициною та громадським здоров'ям;
- ✓ правовими та етичними аспектами охорони здоров'я;
- ✓ сучасними цифровими технологіями у медицині.

Виконання завдань буде значно полегшене, якщо студент скористається додатковою інформацією з рекомендованої літератури та матеріалами ВООЗ, МОЗ України, Європейської комісії з питань телемедицини.

1. Первинна медична допомога (ПМД) – це базовий рівень медичної допомоги, що забезпечує пацієнтам перший контакт із системою охорони здоров'я. ПМД надається сімейними лікарями, терапевтами, педіатрами, медичними сестрами та іншими працівниками первинної ланки. Основне завдання – профілактика, діагностика поширених захворювань, надання невідкладної допомоги та супровід хронічних станів.

Роль та значення ПМД:

2. Сприяє ранньому виявленню захворювань, що знижує рівень ускладнень і витрати на лікування.

3. Зменшує навантаження на лікарні вторинного та третинного рівнів.

4. Формує довіру до системи охорони здоров'я через постійний зв'язок пацієнта з медичним працівником.

5. Впливає на загальне покращення здоров'я населення та зниження смертності.

Ключові принципи організації ПМД

1. **Доступність** – послуги мають бути легко досяжними для всіх, незалежно від місця проживання чи соціального статусу.

2. **Безперервність** – пацієнт отримує медичний супровід протягом усього життя.

3. **Комплексність** – охоплення всіх аспектів здоров'я, включаючи профілактику, лікування та реабілітацію.

4. **Орієнтація на пацієнта** – у центрі уваги не тільки хвороба, а й потреби людини в цілому.

5. **Координація допомоги** – взаємодія з іншими рівнями медичної допомоги (спеціалізована, стаціонарна тощо).

6. **Ефективність та якість** – надання допомоги відповідно до сучасних клінічних настанов.

7. **Профілактична спрямованість** – акцент на здоровий спосіб життя, щеплення, скринінги.

8. **Міжсекторальна співпраця** – взаємодія з соціальними, освітніми, громадськими структурами.

Виклики та бар'єри у доступності ПМД в Україні та світі

В Україні:

1. **Нерівномірний розподіл медичних кадрів** – нестача лікарів у сільських і віддалених районах.

2. **Інфраструктурні проблеми** – поганий стан амбулаторій, нестача обладнання.

3. **Низька мотивація медичного персоналу** – через невисоку оплату праці та перевантаження.

4. **Низький рівень цифровізації** – обмежений доступ до телемедицини в селах.

5. **Недостатня обізнаність населення** – не всі розуміють роль сімейного лікаря або користуються ПМД повноцінно.

6. **Проблеми із впровадженням реформи ПМД** – опір змінам, недостатнє фінансування, адміністративні труднощі.

У світі:

1. **Географічна ізоляція** – у гірських, пустельних, острівних регіонах ПМД важко організувати.

2. **Економічні бар'єри** – в країнах із низьким рівнем доходу населення не має змоги звертатися до лікарів.

3. **Культурні відмінності** – недовіра до медичної системи, особливо серед корінного населення чи мігрантів.

4. **Політична нестабільність та війни** – призводять до руйнування медичної інфраструктури.

5. **Епідемії/пандемії** – як COVID-19, що перевантажують систему ПМД.

Новітні ініціативи з розвитку ПМД, зокрема телемедицини, яка дозволяє значно розширити доступ до медичних послуг для жителів віддалених громад. Системна підтримка ПМД, зокрема через діджиталізацію, фінансування та освітні програми, є ключем до побудови стійкої системи охорони здоров'я.

2. Сучасні ініціативи з розвитку первинної медичної допомоги (ПМД)

Розвиток первинної медичної допомоги: ключові ініціативи

а) Реформа фінансування та роль сімейного лікаря

Реформування первинної медичної допомоги в Україні, розпочате у 2017 році, стало основою сучасної моделі взаємодії між пацієнтом, медичним працівником та державою. Ключовим елементом трансформації стало впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом», що передбачає оплату послуг на основі укладених декларацій з конкретним лікарем.

У межах цієї реформи було запроваджено пряме фінансування закладів ПМД через Національну службу здоров'я України (НСЗУ), що дозволило забезпечити прозорість, ефективність використання коштів та підвищити довіру до системи охорони здоров'я.

У даному контексті роль сімейного лікаря набула особливого значення. Саме він є першою ланкою, до якої звертається пацієнт при виникненні проблем зі здоров'ям. Сімейний лікар здійснює профілактику, діагностику та лікування найпоширеніших захворювань, координує направлення до спеціалістів, а також веде пацієнта протягом тривалого часу, забезпечуючи цілісність та безперервність медичної допомоги.

Варто зазначити, що системне укладання декларацій дозволяє лікарю формувати довірливі відносини з пацієнтом, що сприяє підвищенню відповідальності громадян за власне здоров'я.

б) Розширення функцій амбулаторій та центрів ПМД

На сучасному етапі амбулаторії та центри первинної медичної допомоги перетворюються на багатофункціональні медичні осередки, що забезпечують комплексну підтримку здоров'я населення.

До базових функцій закладів ПМД додаються такі напрями, як профілактична діяльність, медична просвіта, лабораторна та інструментальна діагностика, а також організація денних стаціонарів, де проводяться внутрішньовенні вливання, ін'єкції, фізіотерапевтичні процедури без потреби госпіталізації.

Особливу увагу слід звернути на впровадження телемедицини. Завдяки дистанційним консультаціям суттєво зменшується навантаження на лікарів, а пацієнти з віддалених населених пунктів отримують доступ до медичної допомоги без необхідності фізичної присутності у закладі.

У межах нової моделі організації медичної допомоги центри ПМД працюють як мультидисциплінарні команди, до складу яких входять не лише лікарі, а й медсестри, психологи, соціальні працівники. Такий підхід дозволяє надавати комплексну допомогу пацієнтам, зокрема з хронічними захворюваннями, та сприяє якісному виконанню завдань медичної реабілітації.

в) Інтеграція з громадським здоров'ям та профілактикою захворювань

Доведено, що ефективність системи охорони здоров'я безпосередньо залежить від якості профілактики та стану громадського здоров'я. У цьому контексті первинна медична допомога відіграє ключову роль у попередженні, ранньому виявленні та моніторингу захворювань.

У практичному аспекті ПМД забезпечує активне виявлення інфекційних (туберкульоз, ВІЛ) і неінфекційних захворювань (цукровий діабет, артеріальна гіпертензія), контроль факторів ризику, таких як паління, гіподинамія, неправильне харчування. Особливу увагу слід приділяти вакцинації, яка проводиться відповідно до календаря профілактичних щеплень, у тому числі для груп підвищеного ризику.

Завдяки інформаційно-просвітницькій роботі медичних працівників підвищується рівень знань населення щодо здорового способу життя. Співпраця з місцевими органами влади, закладами освіти та громадськими організаціями дозволяє реалізовувати програми громадського здоров'я на локальному рівні.

Слід підкреслити, що Всесвітня організація охорони здоров'я підтримує курс на інтеграцію первинної медичної допомоги в систему громадського здоров'я, що є основою сталого розвитку галузі та забезпечення доступності медичних послуг для кожного.

Успішне реформування первинної медичної допомоги неможливе без впровадження сучасних цифрових технологій, які покликані забезпечити рівний доступ до медичних послуг для всіх верств населення, незалежно від місця їхнього проживання. Одним із таких інноваційних інструментів є **телемедицина** – новітній підхід до надання медичної допомоги, який відкриває нові можливості для взаємодії між лікарем і пацієнтом, особливо у віддалених та малодоступних регіонах. Саме тому в подальшому розвитку системи ПМД телемедичні рішення відіграють **стратегічну роль**, зумовлюючи зміну підходів до організації, координації та ефективності медичних послуг.

Телемедицина – це форма надання медичних послуг на відстані з використанням цифрових технологій та електронних засобів зв'язку. Вона забезпечує швидку, зручну та безпечну взаємодію між пацієнтом і медичним працівником, що особливо актуально у громадах із низькою щільністю населення, гірських або прикордонних районах.

Основні напрями її застосування:

- **Онлайн-консультації** – відеозустрічі, чати або телефонні дзвінки, під час яких лікар надає медичні поради, інтерпретує симптоми, вирішує, чи потрібно очне обстеження.

- **Дистанційний моніторинг** – спостереження за станом здоров'я пацієнтів із хронічними захворюваннями за допомогою пристроїв, що фіксують життєво важливі показники.

- **Електронні рецепти** – виписування медикаментів лікарем у цифровому форматі, що спрощує доступ до ліків, зменшує черги в медзакладах і мінімізує людський фактор.

Телемедицина **підвищує ефективність надання ПМД**, дозволяє знизити навантаження на лікарів, оптимізувати маршрути пацієнтів і, найголовніше, забезпечити безперервність медичної допомоги навіть за умов обмеженого фізичного контакту.

Правові та етичні аспекти застосування

З огляду на специфіку надання медичних послуг у цифровому середовищі, телемедицина вимагає дотримання низки **юридичних та етичних норм**, які гарантують безпеку, конфіденційність і якість лікувального процесу.

Правове регулювання включає:

- ✓ **Чітку ідентифікацію пацієнтів та медичних працівників;**
- ✓ **Отримання інформованої згоди на телемедичне обслуговування;**
- ✓ **Ведення електронної медичної документації згідно з чинним законодавством України та міжнародними стандартами;**

✓ **Дотримання Закону України "Про захист персональних даних".**

Етичні принципи передбачають:

- ✓ **Забезпечення конфіденційності медичної інформації;**
- ✓ **Гарантування професійної відповідальності лікаря;**
- ✓ **Уникнення ситуацій, коли телемедична консультація підміняє необхідне очне обстеження.**

Таким чином, телемедицина може стати повноцінною частиною системи ПМД лише за умови дотримання чітких стандартів якості, правового контролю та медичної етики.

Технічне забезпечення та вимоги до інформаційної безпеки

Реалізація телемедицини потребує **надійної технічної інфраструктури**, що охоплює апаратне й програмне забезпечення, безпечні канали зв'язку та цифрову грамотність медичних працівників.

Необхідні елементи технічного забезпечення:

- **Платформи для телемедичних консультацій**, інтегровані з eHealth;
- **Пристрої моніторингу стану пацієнта** (глюкометри, тонометри, пульсометри з передачею даних);
- **Захищені сервери** для зберігання персональної та медичної інформації;
- **Стийке інтернет-з'єднання** в медичних закладах та у пацієнтів.

Важливим компонентом є **інформаційна безпека**, яка включає:

- Шифрування персональних і медичних даних;
- Обмеження доступу до чутливої інформації лише для уповноважених осіб;
- Регулярне оновлення програмного забезпечення;
- Захист від несанкціонованого втручання та кіберзагроз.

Дотримання технічних і безпекових вимог дозволяє гарантувати **надійність, конфіденційність та ефективність** телемедичних послуг як невід'ємної частини сучасної системи ПМД.

У сучасній системі охорони здоров'я телемедицина поступово переходить із розряду «додаткових сервісів» у повноцінний інструмент медичної допомоги. Вона дозволяє не лише подолати традиційні бар'єри доступу до послуг, а й підвищити якість, безпеку та зручність взаємодії між пацієнтом і медичним працівником. Для того, щоб ефективно інтегрувати телемедицину в клінічну практику та навчальний процес, важливо чітко розуміти, **які саме вигоди отримує пацієнт**, як ці переваги змінюють його досвід отримання допомоги, та як їх можна **об'єктивно виміряти**.

Телемедицина долає численні бар'єри, які раніше заважали отримати своєчасну та якісну допомогу. Вона відкриває нові можливості **для пацієнтів**, незалежно від того, де вони проживають, який мають фізичний або соціальний стан, чи якою мовою спілкуються.

1.Доступність – це лише одна зі складових пацієнт-орієнтованої допомоги. Не менш важливо, що телемедичні послуги також сприяють значній економії – як часу, так і коштів, що особливо актуально в умовах високого навантаження на систему охорони здоров'я та обмежених ресурсів пацієнтів.

✓ *Географічна доступність*: зв'язок із лікарем без переїздів (актуально для сільських/віддалених громад, пацієнтів на тимчасово окупованих або прифронтових територіях).

✓ *Фізична доступність*: зменшення бар'єрів для людей з інвалідністю, пацієнтів із хронічним болем, обмеженою мобільністю, післяопераційних хворих.

✓ *Соціальна включеність*: доступ для пацієнтів із низьким доходом (не потрібно оплачувати дорогу/відрядження, догляд за дитиною на час візиту тощо).

✓ *Мовні/культурні потреби*: можливість обрати лікаря з потрібною мовою/культурною компетентністю; залучення перекладача онлайн.

✓ *Розширений вибір фахівців*: легше отримати другу думку (second opinion) з іншого міста/країни.

2. Економія часу та коштів:

✓ *Менше непрямих витрат*: транспорт, пропущений робочий час, витрати на супровідника/няню.

✓ *Швидкий доступ до послуги*: планові та короткі повторні консультації (контроль аналізів, корекція терапії, питання по побічних ефектах) – у визначений час або асинхронно (чат/повідомлення у кабінеті пацієнта).

✓ *Оптимізація маршрутів*: уникнення непотрібних очних візитів, коли достатньо відеозв'язку чи фотоконсультації (напр., дерматологія, контроль загоєння ран).

3. Безпеки пацієнта

✓ *Менше ризиків інфекцій*. Зменшується контакт у чергах/транспортуванні (актуально під час сезонів ГРВІ/епідемії).

✓ *Своєчасне медичне сортування*. Лікар дистанційно визначає терміновість: коли достатньо онлайн-догляду, а коли потрібен виклик «103»/невідкладний очний огляд.

✓ *Лікарська координація*. Швидкий перегляд даних (е-картка, е-рецепти, результати обстежень) знижує імовірність дублювання аналізів/медичних помилок.

✓ *Дистанційний моніторинг*. Передача даних з домашніх пристроїв (АТ, глюкометр, пульсоксиметр) дозволяє **раннє виявлення погіршення** та корекцію лікування.

4. Кращі клінічні результати та прихильність до лікування

✓ *Контроль хронічних захворювань*. Регулярні короткі онлайн-контакти підвищують **адгерантність** (вчасний прийом препаратів, корекція доз, зміна способу життя).

✓ *Раннє втручання*. Пацієнт швидко сигналізує про побічні ефекти/нові симптоми – лікар коригує план, не чекаючи наступного очного візиту.

✓ *Персоналізована профілактика*. Швидші нагадування про щеплення/скринінги; мікронавчання (відеоінструкції, чек-листи).

Особливо корисно для:

✚ гіпертензія/діабет/ХСН/ІХС;

✚ ХОЗЛ/астма;

✚ онкопацієнти між циклами терапії;

✚ пацієнти, що отримують психотерапію/підтримку при тривожних/депресивних розладах.

5. Зручність і пацієнт-орієнтований підхід:

✓ *Гнучкі формати*: відео, аудіо, чат, обмін файлами/фото (напр., висип, ранка).

✓ *Зручний час*: позаробочі слоти/вечірні вікна, що знижує пропуски.

✓ *Залучення родини/доглядальника*: підключення члена сім'ї до відеосесії (за згодою пацієнта).

✓ *Доступність для людей із сенсорними порушеннями:* субтитри, сурдопереклад, збільшення шрифту, сповільнене відтворення інструкцій.

✓ *Комфорт і приватність* при делікатних темах (репродуктивне здоров'я, психічне здоров'я) **за умови** дотримання стандартів конфіденційності.

6. Безперервність і координація допомоги

✓ *Єдина схема лікування:* сімейний лікар координує направлення, швидко підключає вузького спеціаліста на консиліум онлайн.

✓ *Електронна документологія:* е-направлення, е-рецепт, електронна довідка – менше паперових кроків, менше помилок.

✓ *Післявиписковий супровід:* контроль загоєння, перевірка плану реабілітації, своєчасна корекція без зайвих відвідувань.

7. Психологічні та соціальні вигоди

✓ *Менше стигми* (особливо при психіатричних/адиктологічних/інтимних проблемах) – легше звернутися онлайн.

✓ *Відчуття контролю:* пацієнт бачить план, нагадування, результати, веде щоденник симптомів.

✓ *Підтримка у кризах:* короткі «чек-іни» між візитами, кризові лінії/психоедукація.

8. Переваги для окремих груп пацієнтів

✓ *Діти/батьки:* швидка комунікація з педіатром, дистанційний скринінг висипів/кашлю; поради щодо догляду.

✓ *Літні люди:* менше поїздок; контроль АТ/ЧСС/глюкози вдома; участь родичів у відеовізиті.

✓ *Вагітні:* регулярні короткі огляди, тріаж тривожних симптомів, нагадування про обстеження.

✓ *Пацієнти з онко/рідкісними захворюваннями:* друга думка, координація між центрами.

✓ *ВПО/мігранти/військовослужбовці:* безперервність допомоги попри переїзди/ротації.

✓ *Пацієнти з психічними розладами:* доступ до психотерапії з дому, менше бар'єрів і стигми.

✓ *Пацієнти у паліативі:* контроль симптомів, підтримка родини, зменшення виснажливих госпітальних візитів.

9. Екстрені ситуації та довідкова допомога

✓ *Швидке дистанційне сортування* (розпізнавання «червоних прапорців», інструкції до приїзду бригади).

✓ *Орієнтація в системі:* куди звернутися далі, які обстеження потрібні, як правильно прийняти першу дозу ліків (якщо це безпечно).

10. Фармацевтичні та суміжні сервіси

✓ *Е-рецепт і продовження терапії* без очного візиту, якщо це клінічно доцільно.

✓ *Навчання щодо прийому препаратів:* корекція схеми, перевірка взаємодій, оцінка побічних ефектів онлайн.

Не лише пацієнти отримують вигоду від впровадження телемедицини – ці інструменти суттєво полегшують роботу медичних працівників і оптимізують навантаження на систему охорони здоров'я в цілому. Завдяки цифровим технологіям зростає ефективність клінічного процесу, зменшується кількість дублювань і непотрібних візитів, покращується медична документація, а лікарі отримують додаткові можливості для дистанційного навчання та професійної взаємодії.

Попри численні переваги, телемедицина **стикається з рядом бар'єрів на шляху до повної інтеграції у медичну практику**. Це і технічні труднощі (нестабільний інтернет, відсутність необхідних пристроїв), і питання конфіденційності, правового регулювання, клінічної доцільності в окремих випадках. Також важливими залишаються питання цифрової грамотності пацієнтів і лікарів.

У найближчому майбутньому телемедицина відіграватиме все важливішу роль у трансформації медичної допомоги. Її розвиток охоплює кілька ключових напрямів:

а) Інтеграція телемедицини у систему первинної медичної допомоги (ПМД)

Цифрові рішення дедалі частіше стають частиною рутинної роботи сімейних лікарів, дозволяючи підтримувати зв'язок із пацієнтом між очними візитами, проводити тріаж, моніторинг та профілактичну роботу дистанційно.

б) Міжнародні практики: «телемедицина без кордонів»

Глобалізація медичних послуг сприяє появі моделей транснаціональної допомоги, коли пацієнти можуть отримувати консультації від провідних фахівців з інших країн, проходити телеконсилиуми або отримувати другу думку без виїзду за кордон.

в) Роль штучного інтелекту та мобільних додатків у майбутньому:

Інтеграція AI-алгоритмів, чатботів, трекерів здоров'я та мобільних застосунків обіцяє новий рівень персоналізованої, превентивної та проактивної медицини, де пацієнт отримує підтримку 24/7, а лікар – підсилення у прийнятті рішень.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

Задача 1

Пацієнт похилого віку (75 років), який проживає у сільській місцевості, має хронічну серцеву недостатність. Амбулаторія віддалена на 25 км, транспортне сполучення погане. Єдиний сімейний лікар у районі приймає пацієнтів двічі на тиждень.

Укажіть які бар'єри у доступності ПМД тут спостерігаються? Як телемедицина може вирішити проблему спостереження за таким пацієнтом? Які технічні умови потрібно забезпечити для цього?

Задача 2

Під час перевірки амбулаторії ПМД встановлено:

- ✓ немає чіткого розподілу часу для очних та дистанційних прийомів;
- ✓ лікар витрачає понад 40% робочого часу на технічні проблеми (реєстрація, оновлення даних, робота з платформами);
- ✓ пацієнти часто звертаються з питань, які потребують очного огляду, але обмежуються телемедичною консультацією.

Чи є ефективною така організація роботи? Які ризики для пацієнтів і лікарів можуть виникнути? Запропонуйте оптимізацію процесу.

Задача 3

У ході виявлення причин, що зумовлюють виникнення ВЛІ в лікувально-профілактичному закладі лікарем-госпітальним гігієністом разом із комісією з охорони праці лікарні встановлено:

У країні впроваджується програма «Телемедицина для села». Для цього виділено кошти на:

- ✓ придбання планшетів для амбулаторій;
- ✓ підключення до високошвидкісного інтернету;
- ✓ навчання лікарів працювати з телемедичними платформами.

Через рік роботи:

- ✓ 60% лікарів успішно консультують пацієнтів онлайн;
- ✓ 30% відмовляються через брак часу або небажання освоювати нові технології;
- ✓ пацієнти скаржаться на низьку якість відеозв'язку у віддалених районах.

Які головні проблеми впровадження телемедицини виявлено?

Які кроки можуть підвищити її ефективність?

Задача 4

Міжнародна організація охорони здоров'я запровадила проєкт «Телемедицина без кордонів», який дозволяє пацієнтам отримувати консультації лікарів з інших країн.

У перший рік:

- ✓ 15% пацієнтів скористалися послугою;
- ✓ 40% лікарів позитивно оцінили можливість консилиумів;
- ✓ виникли труднощі з юридичним регулюванням (страхування, відповідальність у разі помилки).

Які переваги для пацієнтів і лікарів дає така практика? Які бар'єри треба подолати для масштабування? Чи можна адаптувати подібну систему в Україні?

Задача 5

У віддаленій громаді у дитини 7 років виник гострий напад бронхіальної астми. До найближчої лікарні – понад 50 км. Фельдшер має базові засоби для надання допомоги, але не впевнений у подальшій тактиці.

Як телемедицина може допомогти в екстреній ситуації? Які технічні рішення дозволяють швидко зв'язатися з лікарем-спеціалістом? Які етичні та організаційні питання можуть виникнути під час таких онлайн-консультацій?

Задача 6

Пацієнт 60 років, має цукровий діабет II типу. Проживає у сільській місцевості, найближча поліклініка за 40 км. Регулярні візити до лікаря неможливі через проблеми з транспортом.

Як телемедицина може забезпечити регулярний моніторинг стану цього пацієнта? Які технічні умови потрібно створити для реалізації онлайн-консультацій? Які переваги та ризики має дистанційне спостереження за хронічними хворими?

Задача 7

У сільській амбулаторії встановили обладнання для телемедицини. Проте значна частина літніх пацієнтів не вміє користуватися смартфонами та боїться «лікування через комп'ютер».

Які бар'єри впровадження телемедицини існують у цій ситуації? Як можна подолати недовіру населення до онлайн-консультацій? Які навчальні та інформаційні ініціативи доцільно організувати для пацієнтів та медперсоналу?

Задача 8

Гірське село на заході України налічує 800 мешканців. Найближча лікарня – за 60 км, транспортне сполучення нерегулярне. В амбулаторії працює лише фельдшер. Часто виникають потреби в консультації терапевта, педіатра та ендокринолога. Рівень захворюваності на цукровий діабет і гіпертонію – вищий за середній. У селі є стабільний мобільний інтернет, але немає комп'ютерів і навченого персоналу.

Запропонуйте етапи впровадження телемедичних консультацій у цій громаді. Визначте, які фахівці потрібні першочергово для надання онлайн-консультацій.

Задача 9

У територіальній громаді реалізується програма розширення первинної медичної допомоги. Одним із пунктів є впровадження телемедичних сервісів у 3 сільських амбулаторіях. Кожна з них має базове технічне обладнання, лікаря загальної практики та медсестру. Пацієнти здебільшого літнього віку, багато з них не користуються смартфонами.

Визначте основні виклики впровадження телемедицини в такій ситуації. Запропонуйте три ініціативи для покращення доступу літніх пацієнтів до онлайн-консультацій. Які показники ефективності можна використати через 6 місяців після запуску проекту?

ТЕМА 8: СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ У ГРОМАДАХ. ПРОГРАМИ СКРИНІНГУ ТА РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ. КОНЦЕПЦІЇ КОМПЛЕКСНОГО ЗАПОБІГАННЯ ІНФЕКЦІЙНИМ ТА НЕІНФЕКЦІЙНИМ ХВОРОБАМ НА РІВНІ ГРОМАДИ. КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПЛАНУВАННЯ, ВПРОВАДЖЕННЯ ТА ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ВАКЦИНАЦІЇ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

МЕТА: Засвоїти сучасні підходи до профілактики захворювань у громадах, ознайомитися з принципами організації програм скринінгу та раннього виявлення хвороб, зрозуміти концепції комплексного запобігання інфекційним і неінфекційним захворюванням на рівні громади, а також навчитися оцінювати ефективність вакцинації у системі громадського здоров'я.

ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ:

5. Стратегії профілактики захворювань у громадах:
 - ✓ рівні профілактики: первинна, вторинна, третинна;
 - ✓ роль первинної медичної допомоги у профілактичній роботі;
 - ✓ інтеграція профілактики у щоденну практику лікаря та громади.
2. Програми скринінгу та раннього виявлення захворювань:
 - ✓ принципи організації скринінгових програм (цільова група, періодичність, методи);
 - ✓ приклади скринінгів: туберкульоз, онкопатології, серцево-судинні хвороби, цукровий діабет;
 - ✓ значення раннього виявлення у зниженні смертності та інвалідності.
3. Комплексне запобігання інфекційним хворобам на рівні громади:
 - ✓ епідеміологічний нагляд та контроль;
 - ✓ санітарно-гігієнічні заходи;
 - ✓ роль вакцинації та колективного імунітету.
4. Комплексне запобігання неінфекційним захворюванням:
 - ✓ формування здорового способу життя;
 - ✓ профілактика факторів ризику (паління, алкоголізм, неправильне харчування, гіподинамія);

- ✓ організація програм з охорони психічного здоров'я
- 5. Вакцинація як ключовий аспект громадського здоров'я:
 - ✓ етапи планування програм імунізації;
 - ✓ вимоги до зберігання та транспортування вакцин (холодовий ланцюг);
 - ✓ робота з населенням (підвищення довіри, подолання вакцинного скептицизму);
 - ✓ критерії оцінки ефективності вакцинації (охоплення щепленнями, зниження рівня захворюваності, відсутність спалахів).

ЗАВДАННЯ:

2. Розробити план профілактичної програми для умовної громади (1000–2000 осіб), враховуючи інфекційні та неінфекційні хвороби.
 2. На прикладі однієї патології (наприклад, цукровий діабет, туберкульоз, рак шийки матки) описати:
 - а) групу ризику;
 - б) методи скринінгу;
 - в) очікуваний результат від раннього виявлення.
 3. Скласти схему взаємодії закладів ПМД, громадських організацій та органів місцевого самоврядування у реалізації профілактичних програм.
 4. Провести аналіз ефективності програми вакцинації на прикладі однієї з вакцин (наприклад, проти кору, грипу чи COVID-19):

ЛІТЕРАТУРА: *основна:*

3. Громадське здоров'я у практиці сімейного лікаря / Склярєва Є. Я., Бичкова М. А., Лемішко Б. Б., Демидова А. Л., Садовий І. С. – Харків: ХНМУ, 2021. – С. 112–168.
4. Громадське здоров'я: підручник / За ред. Т. С. Грузєвої, В. М. Лехан, В. А. Огнева. – Вінниця: Нова книга, 2023. – С. 241–296.
5. Громадське здоров'я / Голованова І. А., Слабкий Г. О., Рудницька І. Я. та ін. – Харків: Магнолія, 2024. – С. 135–190.
6. Імунопрофілактика інфекційних хвороб: навч.-метод. посібник / Чернишова Л. І., Лапій Ф. І., Волоха А. П., Мойсеєнко Р. О. – Київ: Медкнига, 2020. – С. 27–103.

додаткова:

7. Консолідовані настанови ВООЗ щодо профілактичного лікування туберкульозу (Модуль 1: Профілактика). – Женева: WHO, 2024. – С. 19–87.
8. COVID-19 Vaccination Field Guide: 12 Strategies / Centers for Disease Control and Prevention. – Atlanta: CDC, 2021. – P. 7–54.
9. Disease Prevention and Screening in Public Health / Wong M., Huang J., Law K., Ding H., Yang Y. – London: Taylor & Francis, 2021. – P. 88–156.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

У ході практичного заняття студенти знайомляться з основними стратегіями профілактики захворювань у громадах, вивчають організаційні та методичні підходи до впровадження програм скринінгу та раннього виявлення хвороб. Особлива увага приділяється аналізу концепцій комплексного запобігання інфекційним та неінфекційним хворобам на рівні громади з урахуванням сучасних підходів громадського здоров'я.

У першій частині заняття студенти розглядають алгоритм планування профілактичних програм, аналізують приклади національних та локальних програм

скринінгу (онкологічних, серцево-судинних, туберкульозу, цукрового діабету та ін.), оцінюють їх переваги та обмеження.

У другій частині заняття студенти вивчають принципи організації вакцинації як ключового елементу профілактики, опрацьовують структуру плану імунопрофілактики у громадах, розглядають етапи впровадження програм, критерії оцінки ефективності та індикатори охоплення щепленнями.

У практичній частині заняття студенти виконують такі завдання:

- ✚ аналізують модельну ситуацію з організації скринінгу у громаді та визначають можливі проблеми його реалізації;

- ✚ розробляють схему заходів комплексного запобігання інфекційним та неінфекційним хворобам у вибраній групі населення;

- ✚ складають план інформаційно-освітньої кампанії щодо важливості вакцинації та методів підвищення довіри до неї;

- ✚ проводять оцінку ефективності профілактичних заходів на основі запропонованих статистичних даних.

Після завершення заняття студенти мають вміти:

- ✚ визначати основні напрями профілактики хвороб на рівні громади;

- ✚ застосовувати принципи планування та реалізації програм скринінгу;

- ✚ обґрунтовувати роль вакцинації в системі громадського здоров'я;

- ✚ оцінювати ефективність та соціальне значення профілактичних заходів.

У системі громадського здоров'я профілактика є одним із ключових напрямів, що забезпечує зниження захворюваності, інвалідизації та передчасної смертності населення. Вона ґрунтується на трьох рівнях – первинному, вторинному та третинному, які взаємопов'язані та формують єдину систему охорони здоров'я.

Первинна профілактика спрямована на запобігання виникненню хвороб ще до їх розвитку. До основних заходів належать: формування здорового способу життя, боротьба зі шкідливими звичками, забезпечення доступу до якісної питної води, раціональне харчування, профілактичні щеплення, санітарно-гігієнічні заходи. Саме цей рівень є найбільш економічно вигідним для суспільства, адже дозволяє попередити появу значної частини інфекційних та неінфекційних хвороб.

Вторинна профілактика полягає у ранньому виявленні патології, коли захворювання ще перебуває у доклінічній або початковій стадії, а також у своєчасному лікуванні для попередження ускладнень. Основним інструментом цього рівня є скринінгові програми (наприклад, мамографія для виявлення раку молочної залози, вимірювання артеріального тиску для діагностики гіпертензії, тестування на ВІЛ, туберкульоз чи вірусні гепатити).

Третинна профілактика спрямована на зниження наслідків уже існуючих захворювань, попередження рецидивів та покращення якості життя хворих. Сюди належить реабілітація, диспансерне спостереження, вторинна профілактика інсульту чи інфаркту, програми підтримки пацієнтів із хронічними хворобами.

Особливу роль у профілактичній роботі відіграє **первинна медична допомога** (ПМД). Сімейний лікар чи лікар загальної практики є найбільш наближеним до громади та має можливість здійснювати щоденний моніторинг стану здоров'я населення, проводити профілактичні огляди, здійснювати вакцинацію, формувати у пацієнтів мотивацію до здорового способу життя.

Важливим завданням є **інтеграція профілактики у щоденну практику лікаря та громади**. Це означає, що профілактичні заходи не повинні бути одноразовими кампаніями, а мають бути постійно присутніми у роботі закладів охорони здоров'я,

освітніх установ, органів місцевого самоврядування та громадських організацій. Лише у такому випадку можна досягти стійкого зниження рівня захворюваності та покращення якості життя населення.

У контексті сучасної профілактичної медицини особливе значення набуває впровадження програм скринінгу та раннього виявлення патологій. Адже навіть за умов активної просвітницької діяльності та формування здорового способу життя існує необхідність своєчасно виявляти патології, що розвиваються приховано. Саме скринінг є одним із найефективніших інструментів громадського здоров'я, оскільки дозволяє виявити захворювання на ранніх етапах, коли лікування є найбільш результативним, а прогноз для пацієнта – сприятливим. На відміну від діагностики, яка проводиться при наявності скарг, скринінг застосовується серед здорового населення або груп ризику, що забезпечує його профілактичний характер.

Ефективність скринінгових заходів залежить від дотримання кількох базових принципів:

1. Визначення цільової групи. Скринінг проводиться не для всього населення, а для осіб певного віку, статі чи груп ризику. Наприклад, жінкам від 40 років рекомендована мамографія, а людям після 50 років – колоноскопія.

2. Регулярність та періодичність. Одноразове обстеження не забезпечує належного ефекту. Встановлюється оптимальна частота (раз на рік, раз на 2–5 років залежно від захворювання).

3. Методологічна обґрунтованість. Використовуються лише ті методи, які є достатньо чутливими, специфічними, безпечними та економічно доцільними.

4. Доступність та добровільність. Програми повинні бути зручними для населення, без значних фінансових та часових витрат.

Приклади скринінгових програм

✓ **Туберкульоз.** Використовуються флюорографія або рентгенографія органів грудної клітки у дорослих, туберкулінодіагностика чи проба Манту у дітей. Скринінг дозволяє виявляти латентні форми інфекції та запобігати поширенню хвороби у громаді.

✓ **Онкопатології.** Найбільш відпрацьованими є програми скринінгу раку шийки матки (ПАП-тест), раку молочної залози (мамографія), колоректального раку (тест на приховану кров у калі, колоноскопія). Раннє виявлення на доклінічних стадіях у багато разів підвищує ефективність лікування.

✓ **Серцево-судинні хвороби.** Скринінг полягає у регулярному вимірюванні артеріального тиску, рівня холестерину та цукру у крові. Такі заходи дозволяють своєчасно виявляти гіпертонію, атеросклероз, фактори ризику інфаркту чи інсульту.

✓ **Цукровий діабет.** Проводиться визначення рівня глюкози у крові, тест толерантності до глюкози, а також глікованого гемоглобіну у групах ризику (особи з ожирінням, спадковою схильністю, жінки після гестаційного діабету).

Значення раннього виявлення у зниженні смертності та інвалідності

Раннє виявлення захворювань дозволяє:

➤ розпочати лікування на стадії, коли хвороба ще не призвела до тяжких ускладнень;

➤ значно знизити смертність від інфекційних та неінфекційних хвороб;

➤ запобігти розвитку інвалідності, особливо у випадках серцево-судинних та онкологічних захворювань;

➤ зменшити економічні втрати суспільства, пов'язані з лікуванням запущених форм хвороб та втратою працездатності населення.

Таким чином, скринінгові програми є не лише медичною, але й соціально-економічною інвестицією у здоров'я громади, яка забезпечує довготривалі результати у збереженні та зміцненні громадського здоров'я.

Комплексне запобігання інфекційним хворобам на рівні громади

Інфекційні хвороби традиційно становлять значну загрозу для здоров'я населення, особливо в умовах високої міграції, глобалізації та зростання антибіотикорезистентності. Запобігання їх поширенню можливе лише за умови комплексного підходу, який включає епідеміологічний нагляд, санітарно-гігієнічні заходи та активне впровадження програм імунопрофілактики.

Основою протидії інфекційним хворобам є **епідеміологічний нагляд** – систематичне збирання, аналіз і використання даних про захворюваність. Це дозволяє своєчасно виявляти осередки інфекцій, відстежувати динаміку поширення хвороб, оцінювати ефективність профілактичних заходів. Контроль передбачає проведення протиепідемічних заходів: ізоляцію хворих, обстеження контактних осіб, дезінфекцію та інформування населення.

Завдяки нагляду громада отримує можливість оперативно виявляти небезпечні тенденції та запобігати масовим спалахам.

Другим важливим компонентом є **санітарно-гігієнічні заходи**, що спрямовані на усунення факторів, які сприяють поширенню інфекцій. До них належить забезпечення якісного водопостачання та каналізації, контроль за безпекою харчових продуктів, дотримання санітарних норм у закладах освіти, харчування та на підприємствах. Важливу роль відіграють просвітницькі програми серед населення щодо особистої гігієни, миття рук, безпечної поведінки у побуті та під час подорожей.

Найефективнішим методом попередження інфекційних захворювань є **вакцинація**. Вона дозволяє формувати у людини індивідуальний захист, а при високому охопленні населення щепленнями створюється явище **колективного імунітету**. Це означає, що навіть ті, хто не вакцинований через медичні протипоказання, опиняються під захистом, оскільки збудник не має можливості активно поширюватися у популяції.

Таким чином, комплексне запобігання інфекційним хворобам на рівні громади ґрунтується на поєднанні епідеміологічного контролю, санітарно-гігієнічних заходів та імунопрофілактики. Лише синергія цих трьох складових дозволяє ефективно знижувати рівень захворюваності та попереджати епідемічні спалахи.

Комплексне запобігання неінфекційним захворюванням

Неінфекційні захворювання (серцево-судинні, онкологічні, цукровий діабет, хронічні респіраторні хвороби тощо) є головною причиною смертності та інвалідності у світі. На відміну від інфекційних, їх не можна попередити лише за допомогою вакцинації чи санітарних заходів. Профілактика потребує довготривалих змін у поведінці та соціальних умовах життя населення, що можливо лише при комплексному підході.

Основою профілактики є **популяризація здорового способу життя** серед населення. Це включає регулярну фізичну активність, збалансоване харчування, нормалізацію режиму праці та відпочинку, відмову від шкідливих звичок. У громадах ефективними є програми шкільної та сімейної освіти щодо здорового харчування, створення інфраструктури для занять спортом (спортивні майданчики, велодоріжки, секції). Важливо формувати культуру турботи про власне здоров'я з дитячого віку.

Більшість неінфекційних захворювань виникає під впливом **модифікованих факторів ризику**. До них належать:

- **паління** – один із провідних чинників розвитку раку легень, ХОЗЛ, серцево-судинних захворювань;
- **зловживання алкоголем** – фактор розвитку цирозу печінки, травматизму, психічних розладів;
- **неправильне харчування** – надлишок солі, цукру та насичених жирів сприяє ожирінню, діабету, атеросклерозу;
- **гіподинамія** – знижує адаптаційні можливості організму та підвищує ризик ожиріння і серцево-судинних патологій.

Запобігання цим факторам потребує як індивідуальних заходів (консультування лікаря, психосоціальна підтримка), так і суспільних стратегій: заборона реклами тютюну та алкоголю, маркування харчових продуктів, податкова політика щодо шкідливих товарів.

Організація програм з охорони психічного здоров'я

Особливе значення має **психічне здоров'я**, оскільки стрес, депресія та інші психічні розлади є як окремою медичною проблемою, так і фактором ризику розвитку соматичних захворювань. На рівні громади ефективними є:

- створення центрів психологічної підтримки;
- навчання медичних працівників навичкам раннього виявлення психічних розладів;
- програми зі зниження стигми щодо психічних хвороб;
- впровадження практик психоемоційної підтримки (групи взаємодопомоги, арт-терапія, заняття з релаксації).

Таким чином, комплексне запобігання неінфекційним захворюванням потребує поєднання індивідуальних змін у стилі життя з організаційними заходами на рівні громади та держави. Лише системна робота в цьому напрямку дозволяє знизити тягар хронічних хвороб і підвищити тривалість життя населення.

Ключові аспекти планування, впровадження та оцінки ефективності вакцинації в системі громадського здоров'я.

Вакцинація є одним із найефективніших інструментів профілактики інфекційних хвороб та важливим елементом системи громадського здоров'я.

Вакцинація – це процес введення антигенного матеріалу (вакцини) до організму людини чи тварини з метою викликати імунітет до хвороби, який припинить його зараження або ослабить його наслідки.

Вакцина – це виготовлений із штучно ослаблених чи вбитих мікробів, збудників інфекційних хвороб препарат, що вводиться в організм людини і тварини для попередження хвороб і частково для їх лікування.

Імунізація – це метод створення штучного імунітету у людини та тварин, тобто створення специфічної несприйнятливості до певних інфекційних хвороб, шляхом введення відповідних вакцин, сироваток крові перехворілих тварин або виділених з цих сироваток глобулінів. Завдяки імунізації вдалося ліквідувати натуральну віспу, значно знизити рівень захворюваності на поліомієліт, кір, дифтерію та інші небезпечні хвороби. Ефективна програма вакцинації потребує ретельного планування, організації та оцінки результатів на рівні громади і держави.

Вакцинація і імунізація, це процеси, що забезпечують активну або пасивну біологічну стійкість організму до певних інфекційних захворювань.

Штучна активна імунізація – це імунізація, яка ґрунтується на введенні до організму антигенів, шляхом введення як живих, але ослаблених мікроорганізмів, так і введення убитих мікроорганізмів, їх токсинів або антигенів.

В обох випадках людині вводять вакцину або токсин, які самі по собі не викликають захворювання, але стимулюють імунну систему людини, роблячи її здатною розпізнати і атакувати певний мікроорганізм.

З іншого боку, можна зібрати і відфільтрувати сироватку крові тих, хто раніше переніс дане захворювання, виділити з неї вже готові антитіла та використовувати їх для пасивної імунізації організму, з тим щоб негайно забезпечити йому стійкість до певного патогена (збудника).

Штучна пасивна імунізація – це імунізація, яка ґрунтується на введенні в організм вже готових антитіл (імуних сироваток або гаммаглобулінів).

Штучна пасивно-активна імунізація – це імунізація, яка ґрунтується на послідовному введенні в організм антитіл (антигенів).

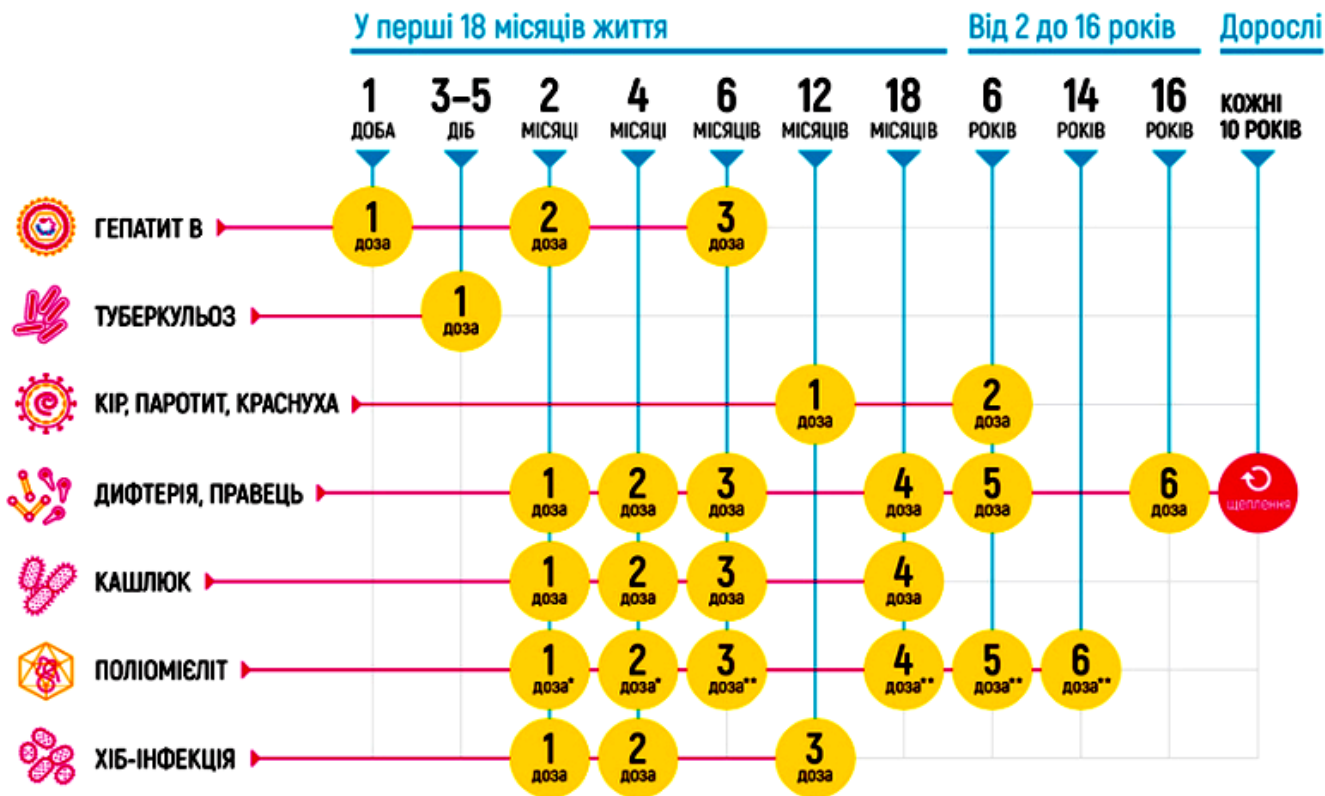
Природна активна імунізація організму відбувається в результаті його інфікування.

Природна пасивна імунізація – це перенесення материнських антитіл в плід через плаценту або в організм новонародженого з молозивом.

У результаті штучної імунізації виробляється високоспецифічний імунітет, тобто вакцина, анатоксин або готові антитіла дають організму часткову або повну стійкість до даного захворювання. Вакцини і анатоксини тривало захищають організм, іноді до кінця життя. Готові антитіла забезпечують лише тимчасовий захист; у разі повторної інфекції їх потрібно вводити знову.

Багаторічний досвід вакцинації та імунізації зумовив доцільність розробки та дотримання відповідного календаря профілактичних щеплень від новонароджених до дорослого населення.

Календар періодично переглядається Міністерством охорони здоров'я України.



*Інактивована поліомієлітна вакцина (ІПВ) | **Оральна поліомієлітна вакцина (ОПВ)

vaccination.org.ua | moz.gov.ua

Імунізація проти низки захворювань може проводитися комбінованими вакцинами, що зменшує кількість уколів і візитів до поліклінік.

Етапи планування програм імунізації

Організація вакцинації передбачає кілька ключових кроків:

1. **Аналіз епідемічної ситуації** – визначення рівня захворюваності, наявних ризиків та груп населення, які найбільше потребують захисту.

2. **Формування календаря щеплень** відповідно до вікових категорій та епідемічних показань.

3. **Забезпечення ресурсів** – закупівля вакцин, підготовка медичного персоналу, інформування населення.

4. **Розподіл та доступність** – організація пунктів щеплень у медичних закладах, мобільних бригадах, виїзних командах у віддалені громади.

Ефективність дії вакцин, анатоксинів, антирабічного імуноглобуліну, протиправцевої сироватки, алергену туберкульозного тощо у значній мірі залежить не тільки від їх якості, а й від умов зберігання, транспортування, приймання та обліку, але особливе значення має температурний режим, або так званий «холодовий ланцюг», зокрема:

а) «Холодовий ланцюг» – безперервно функціонуюча система, що забезпечує оптимальний температурний режим зберігання і транспортування на всіх етапах переміщення вакцин, анатоксинів, антирабічного імуноглобуліну, протиправцевої сироватки та алергену туберкульозного від підприємства-виробника до споживача.

б) Контроль за дотриманням умов «холодового ланцюга» здійснюється Державною службою України з лікарських засобів та її територіальними підрозділами.

в) Оптимальною для зберігання і транспортування вакцин, анатоксинів, антирабічного імуноглобуліну, протиправцевої сироватки та алергену туберкульозного є температура у межах від +2 до +8° С.

Зберігання пероральної вакцини для профілактики поліомієліту рекомендується відповідно до інструкції про її застосування в замороженому стані при температурі від –15 до –25° С. При зберіганні та транспортуванні вакцини в температурному режимі від +2 до +8°С, термін придатності зазначеної вакцини 6 місяців.

Категорично не допускається заморожування адсорбованих вакцин, вакцини проти гепатиту В, розчинників для ліофілізованих вакцин.

Вакцини повинні зберігатись у захищеному від світла місці.

Ліофілізовані (ощадно висушені) вакцини повинні використовуватися разом з розчинником одного виробника.

г) Основними складовими «холодового ланцюга» є наявність спеціально підготовленого персоналу, що забезпечує обслуговування холодильного обладнання, зберігання та постачання вакцин, анатоксинів, антирабічного імуноглобуліну, протиправцевої сироватки та алергену туберкульозного до закладів охорони здоров'я України.

д) Система «холодового ланцюга» складається з таких рівнів:

1-й – підприємство-виробник;

2-й – склади оптового зберігання;

3-й – районні і міські заклади охорони здоров'я (територіальні);

4-й – кабінети щеплень лікувально-профілактичних закладів (дільничні лікарні, амбулаторії, дитячі поліклініки, пологові будинки тощо).

На всіх рівнях «холодового ланцюга» обов'язково проводиться реєстрація в журналах обліку отримання, умов зберігання і подальшого переміщення вакцин, анатоксинів, антирабічного імуноглобуліну, протиправцевої сироватки та алергену туберкульозного споживачу з обов'язковою їх реєстрацією за торговельною назвою, кількістю доз, номером серії, терміном придатності, дат отримання, умов зберігання та транспортування, показів карток-індикаторів, індикаторів заморожування та показників реєструючих приладів (термореєстратори, термотестери) із зазначенням прізвища відповідальної особи.

Показники термотестерів, термореєстраторів та термографів у вигляді температурних графіків і таблиць зберігають разом з журналом реєстрації температури для подальшої звітності.

е) На всіх рівнях «холодового ланцюга» повинні працювати призначені керівником установи спеціалісти з чітко визначеними посадовими обов'язками відповідно до займаної посади.

У системі «холодового ланцюга» використовують таке обладнання: холодильні кімнати (камери), морозильні камери, морозильники, побутові холодильники, термоконтейнери, медичні сумки-холодильники, холодоелементи, термоіндикатори, термореєстратори, термометри, термографи та термотестери.

ж) Зберігання вакцини на пункті щеплень:

- У холодильниках, які виділені для зберігання імунобіологічних препаратів, забороняється одночасне зберігання інших лікарських засобів і сторонніх матеріалів, харчових продуктів.

- Вакцина і розчинники до неї зберігаються при температурі від +2 до +8°С, допускається зберігання розчинника при кімнатній температурі.

- Вакцина зберігається на верхній полиці холодильного відділення, розчинник – на нижній полиці. Морозильне відділення використовується лише для заморожування холодних елементів.

- Забороняється зберігати комбіновану живу вакцину проти кору і краснухи (ККВ) на полицях дверей або у самому низу холодильника.

- Пункти щеплень, які не мають холодильника, повинні бути оснащені термоконтейнером і сумкою-холодильником, що призначені для перевезення і зберігання вакцини при температурі від + 2°C до + 8°C. При відсутності термоконтейнера бажано мати 2 сумки-холодильники, одна - для транспортування, інша – для зберігання вакцини протягом робочого дня.

- У випадку наявності у холодильнику інших вакцин, необхідно розмістити їх окремо, у місці, що виключає їх помилкове використання.

- Між рядами коробок з вакциною необхідно залишати проміжки для вільної циркуляції повітря.

- У нижній частині холодильного відділення мають бути розміщені ємності, заповнені водою. Це допоможе підтримувати температуру у камері на постійному рівні.

- Потрібно вимірювати і вести облік температури у холодильнику два рази на день: на початку і в кінці робочого дня. Показання температури необхідно вносити у журнал (листок) обліку температури холодильнику.

- Термометр, що використовується для вимірювання температури, має бути розміщений у середній частині основного відділення холодильника.

- На пункти щеплень, які оснащені холодильниками, вакцина доставляється за 1-2 дні до початку додаткової імунізації в повному об'ємі, що необхідний для охоплення населення цільової групи на протязі додаткової імунізації (якщо дозволяють об'єми холодильника). У деяких випадках протягом додаткової імунізації вакцина може доставлятися декілька разів з інтервалом у 3-5 днів у відповідних кількостях.

- На пункти щеплень, де немає холодильників, вакцина доставляється щоденно в обсязі, необхідному для вакцинації населення протягом одного робочого дня.

- Розведена вакцина, якщо не використовується негайно, має зберігатись тільки в холодильнику або в сумці-холодильнику з зачиненою кришкою не більше 6 годин.

- Категорично заборонено заморожувати розведену вакцину.

- ККВ надзвичайно чутлива до світла, тому протягом робочого дня її слід накривати

Робота з населенням (підвищення довіри, подолання вакцинного скептицизму)

Ефективність вакцинації значною мірою залежить від рівня довіри населення. На жаль, поширення міфів і дезінформації призводить до зростання **вакцинного скептицизму**. Для його подолання необхідні:

- ✓ прозоре інформування громадян про користь і безпеку щеплень;

- ✓ залучення авторитетних медичних експертів та лідерів громадської думки;

- ✓ проведення освітніх кампаній у школах, ЗМІ та соціальних мережах;

- ✓ відкритий діалог із пацієнтами, де лікарі відповідають на запитання та спростовують міфи.

Критерії оцінки ефективності вакцинації

Якість та результативність програм імунізації визначається за кількома показниками:

- ✓ **рівень охоплення щепленнями** – частка населення, що отримала необхідні вакцини;

- ✓ **зниження рівня захворюваності** на інфекційні хвороби, проти яких проводиться імунізація;

- ✓ **відсутність спалахів та епідемій** у громадах;

✓ **зменшення рівня смертності та ускладнень** серед вакцинованих груп.

Таким чином, вакцинація є не лише індивідуальним захистом, а й колективною безпекою, адже формує **груповий імунітет**, який захищає навіть тих, хто не може отримати щеплення з медичних причин.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

Задача 1

Молода жінка 28 років звернулася до сімейного лікаря на профілактичний огляд. Вона не має скарг, але працює у шкідливих умовах (контакт із хімічними речовинами), веде малорухливий спосіб життя, палить. У родині були випадки гіпертонічної хвороби та діабету.

Які рівні профілактики (первинна, вторинна, третинна) можна застосувати у цій ситуації? Які поради щодо здорового способу життя слід дати пацієнтці? Як інтегрувати профілактичну роботу у подальше спостереження за нею?

Задача 2

Чоловік 52 років, не має скарг, але його брат помер від колоректального раку у віці 55 років. Пацієнт не проходив обстеження, дотримується звичайного харчування, палить.

Який вид скринінгу слід запропонувати цьому пацієнту? Яка періодичність обстеження рекомендована для груп ризику? Чому раннє виявлення онкопатології є важливим у даному випадку?

Задача 3

У громаді з'явилися випадки кору серед дітей, більшість з яких не були вакциновані через відмови батьків. У школі зафіксовано 3 підтверджені випадки.

Які першочергові заходи епідеміологічного нагляду потрібно провести? Як організувати роботу з батьками для підвищення довіри до вакцинації? Яке значення має колективний імунітет у цій ситуації?

Задача 4

У громаді зареєстровано високий рівень артеріальної гіпертензії та ожиріння серед дорослого населення. Більшість працює на місцевому заводі, де фізичні навантаження мінімальні. У школах відсутні системні заняття фізкультурою.

Які фактори ризику неінфекційних захворювань присутні у громаді? Які програми профілактики можна запровадити для покращення ситуації? Як можна організувати заходи з охорони психічного здоров'я паралельно із соматичною профілактикою?

Задача 5

У невеликій сільській амбулаторії вакцина проти грипу надійшла із затримкою. Частина доз транспортували без дотримання холодового ланцюга. У громаді поширюються чутки про небезпеку щеплень.

Які порушення у системі імунопрофілактики ви бачите? Як потрібно організувати зберігання і транспортування вакцин? Які методи комунікації з населенням доцільно використати для подолання вакцинного скептицизму? Які критерії ефективності вакцинації дозволять оцінити, чи програма у громаді працює успішно?

