

Міністерство освіти і науки України  
 Національний технічний університет  
 «Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління  
 Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

**ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА**  
**кваліфікаційної роботи ступеня магістра**

студента Смірної Вікторії Михайлівни

академічної групи 281М-21з-5 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Особливості управління галуззю охорони здоров'я в умовах пандемії»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтингов ою	інституційно ю	
кваліфікаційної роботи	Лащенко О.В.			
розділів:				

<b>Рецензент:</b>				
-------------------	--	--	--	--

<b>Нормоконтролер:</b>	Вишнеvsька О.В.			
------------------------	-----------------	--	--	--

Дніпро  
2022

## РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Особливості управління галуззю охорони здоров'я в умовах пандемії».

78 стр., 5 рис., 3 додатки, 3 таб., 73 джерела.

УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я, ПАНДЕМІЯ, ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ, ЕФЕКТИВНІСТЬ, ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ПРОФІЛАКТИКИ ПАНДЕМІЇ, МЕХАНІЗМ ПОПЕРЕДЖЕННЯ КОНТАГІОЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини у сфері охорони здоров'я.

Предмет дослідження – особливості управління галуззю охорони здоров'я в умовах пандемії.

Метою магістерської роботи є теоретичне обґрунтування особливостей управління галуззю охорони здоров'я в умовах пандемії, зокрема, які полягають у запровадженні комплексу профілактичних заходів з попередження та зниження захворювань серед населення.

У першому розділі розкрито теоретичні та методологічні засади управління галуззю охорони здоров'я в умовах пандемії Covid-19. Другий розділ присвячено аналізу сучасного стану галузі охорони здоров'я в умовах пандемії. У третьому розділі визначені шляхи удосконалення сфери охорони здоров'я в умовах пандемії.

Сфера практичного застосування результатів роботи – органи управління у галуззі охорони здоров'я.

## ABSTRACT

Explanatory note of the qualification work of the master's degree on the topic "Particular qualities of the management of the health care industry in the conditions of the pandemic."

78 pages, 1 image, 3 applications, 3 tables, 73 sources.

MANAGEMENT OF THE HEALTH CARE, PANDEMIC, STATE REGULATION, EFFICIENCY, FOREIGN EXPERIENCE OF PANDEMIC PREVENTION, MECHANISM OF PREVENTION OF INFECTIOUS DISEASES.

The object of the research – the health care industry in the conditions of the Covid-19 pandemic.

The subject of the research – improvement of the management of the health care sector in the conditions of pandemic.

The purpose of research – substantiation of methodological approaches regarding the improvement of the health care sector in the conditions of the Covid-19 pandemic.

The first chapter reveals the theoretical and methodological foundations of managing the health care sector in the conditions of the Covid-19 pandemic are disclosed. The second chapter is devoted to the analysis of the current state of the health care industry in the context of the pandemic. In the third section, the ways of improving the health care sector in the conditions of the pandemic are determined.

The sphere of practical application of the work results is management bodies in the health care sector.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ГАЛУЗЗЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ .....	8
1.1. Поняття пандемії. Причини і наслідки пандемії для світу .....	8
1.2. Сутність та зміст державного управління галуззю охорони здоров'я в умовах пандемії .....	14
1.3. Нормативно-правове забезпечення профілактики захворювань на COVID-19 населення України .....	21
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ РОЗВИТКУ УПРАВЛІННЯ ГАЛУЗЗЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ .....	27
2.1. Сучасний стан функціонування галузі охорони здоров'я в умовах пандемії, спричиненої коронавірусом SARS CoV-2 .....	27
2.2. Механізм попередження розповсюдження висококонтагіозних захворювань в Україні .....	355
2.3. Організація профілактичних заходів Covid-19 на державному та місцевому рівнях .....	42
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ГАЛУЗЗЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ .....	51
3.1. Зарубіжний досвід щодо запровадження профілактичних заходів в умовах пандемії Covid-19 .....	51
3.2. Комунікативна складова та інформування населення в умовах пандемії як основа попередження .....	58
3.3. Рекомендації щодо вдосконалення управління галуззю охорони здоров'я в умовах пандемії .....	63
ВИСНОВКИ .....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	76
ДОДАТКИ .....	85

## ВСТУП

Актуальність теми. Проблеми охорони здоров'я у глобальному вимірі, а особливо ризику від спалахів хвороб, за останні кілька десятиріч істотно актуалізувались у міжнародній політичній адженді. Передвісником такої зміни стала поява у 1980-х роках ВІЛ/СНІД. Наразі продовжує нести загрози людству епідемічне поширення чуми й холери, вірусні контагіозні лихоманки, туберкульоз тощо. Спалахи інфекційних захворювань, зокрема: важкий гострий респіраторний синдром, Близькосхідний респіраторний синдром (MERS), лихоманка Ебола, пандемічні форми грипу (пташиний і свинячий грип) періодично формують значні проблеми для людства.

У 2020 р. у світі динамічно поширився коронавірус. Природа кризи, спричиненої COVID-19, є безпрецедентною: крім короткострокових повторюваних потрясінь у сфері охорони здоров'я й фінансової системи, наслідки для людського капіталу, продуктивності й поведінки можуть являтися довгостроковими й непередбачуваними. Окрім здоров'я і людських втрат, пандемія спричинила найсерйознішу економічну кризу із часів світових війн.

Потребують дослідження особливості управління галуззю охорони здоров'я в умовах світової пандемії COVID-19 в Україні та світі (зокрема в країнах ЄС). Розвиток системи вказаного управління в умовах епідемічних викликів має базуватися на:

- сучасній національній стратегії попередження глобальних загроз, яку потрібно формувати на основі наявного світового досвіду та глобальних і локальних можливостей і ризиків та динамічного контролю за реалізацією стратегічних та тактичних завдань;

- внесенні змін до законодавчої бази у сферах санітарно-епідемічного контролю та охорони здоров'я, що передбачають розширення суб'єктного складу органів, які мають бути задіяні в процесах запобігання, локалізації та ліквідації епідемій та їх повноважень з урахуванням світового досвіду та національних особливостей, чіткого визначення обмежень прав і свобод людини

та встановленні дискреційних повноважень суб'єктів владних повноважень;

- наявності координаційного органу, спроможного на реалізацію функцій загального управління, регулювання та реалізації державної політики, спрямованої на боротьбу з епідемічними викликами;

- заходи антикризової політики з акцентом на підтримку бізнесу, подоланні безробіття та розширеній соціальній складовій;

- створенні необхідної інфраструктурної мережі (охорона здоров'я, енергетика, логістика, інформаційно-комунікативні технології);

- залученні приватного бізнесу до проектів у сферах санітарно-епідемічного контролю та охорони здоров'я на основі моделей публічно-приватного партнерства;

- інвестиціях у сферу науки, освіти, охорони здоров'я та інших заходів, спрямованих на розвиток людського капіталу.

Крім того, урядам доводиться балансувати між необхідністю зберегти свободу слова громадян і обмеженням поширення фейкових новин про коронавірус.

Метою даного дослідження є теоретичне обґрунтування особливостей управління галуззю охорони здоров'я в умовах пандемії, зокрема, які полягають у запровадженні комплексу профілактичних заходів з попередження та зниження захворювань серед населення. Означена мета передбачає вирішення таких науково-дослідницьких завдань:

- дослідити теоретико-методологічні засади управління галуззю охорони здоров'я в умовах пандемії;

- проаналізувати стан розвитку управління галуззю охорони здоров'я в умовах пандемії;

- оцінити шляхи удосконалення управління галуззю охорони здоров'я в умовах пандемії.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини у сфері охорони здоров'я. Предметом дослідження є особливості управління галуззю охорони здоров'я в умовах пандемії.

Методи дослідження. Науково-теоретичною й методологічною базою даного дослідження є системне загальнотеоретичне осмислення об'єктивних процесів становлення і розвитку управління охороною здоров'я в умовах пандемії COVID-19. Реалізація поставлених в роботі завдань було виконано за допомогою методів аналізу й синтезу. В процесі вивчення особливостей розвитку публічного управління були використані такі загальнонаукові методи – компаративного аналізу, систематизації, узагальнення.

Теоретичною основою дослідження стало творче опрацювання досягнень зарубіжної та вітчизняної наукової думки, а також їх використання під час прогнозування перспектив розвитку публічного управління в умовах пандемії COVID-19.

Методична основа дослідження сформована сукупністю загальнонаукових (системний і функціональний), емпіричних (описання, спостереження), а також теоретичних методів (узагальнення, пояснення, класифікація). Також було використано методи збору інформації та її аналізу, а також методи експертних оцінок.

Робота має практичне значення, яке полягає у тому, що її матеріали можуть бути застосовані при написанні курсових та дипломних робіт і наукових публікацій.

Структура роботи. Структурно дана робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, а також списку використаних джерел і літератури.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ГАЛУЗЗЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

### 1.1. Поняття пандемії. Причини і наслідки пандемії для світу

У цифрових суспільствах відбувається паралельний розвиток епідемічного й інфодемічного виміру COVID-19. Тому необхідна розробка комплексних підходів до громадської охорони здоров'я, в яких біологічні й інформаційні аспекти епідемії рівною мірою регулюються. Стримування пандемії й пов'язаної з нею інфодемії вимагає швидких, регулярних, скоординованих дій з боку суспільства й уряду. Під час відсутності надійних терапевтичних стратегій відповідальна поведінка, засноване на достовірній інформації на всіх рівнях, є важливою змінною для зм'якшення наслідків COVID-19. Своєчасне перетворення наукових фактів у знання для людей з урахуванням рівня цифрових компетенцій населення, специфіки місцевої культури, мови, контексту має істотне значення для боротьби з дезінформацією й порятунку життів у міру розвитку пандемії. Стійкість до дезінформації залежить від високого рівня навичок критичного мислення, цифрових компетенцій і грамотності в питаннях здоров'я. Ключ до ефективного реагування на інфодемію – міжсекторне партнерство. Ефективність можливих заходів реагування на інфодемію, пов'язану з COVID-19, зростає залежно від ступеня співробітництва уряду, органів охорони здоров'я, НУО, соціальних платформ, технологічних компаній, медіа, наукового співтовариства.

У своїй роботі А. Робертс [65] наголошує на необхідності активізації наукових розробок у сфері публічного управління з питань протидії епідемічним загрозам у глобальному аспекті, аргументуючи це тим, що переважна більшість зазначених досліджень значною мірою зосереджується на мезорівні, концентруючись на конкретних національних політиках та програмах. Водночас актуалізується гостра потреба у здійсненні досліджень загальних напрямків



управління на макрорівні. Дослідник припускає недостатню визначеність у встановленні особливих державних пріоритетів та рівноваг, досягнутих урядами країн світу у зв'язку із поширенням криз, а також передбачає поширення тенденції формування та розвитку нових напрямів у внутрішній політиці держав, їхніх стратегіях дипломатії, реформуванні сфер охорони здоров'я та удосконалення адміністративних можливостей на різних рівнях.

Ситуація зі смертністю від коронавірусу «COVID-19» в світі та Європі упродовж 2020 року не покращувалася, проте кількість інфікованих поступово зменшувалася. Прогнозувалося, що упродовж другої половини 2021 року окремі країни ЄС незабаром почнуть відновлюватися після пандемії коронавірусу, хоча цей процес буде тривалим і складним. Події кінця 2021 – початку 2022 року підтвердили цей прогноз. Середнє значення прогнозу випадків захворювання на коронавірусну хворобу на території України на березень 2021, окремо по кожній області представлено таким чином (таблиця 1.1.)

Організація економічного співробітництва й розвитку (ОЕСР) підготувала наступні рекомендації з подолання дезінформації про коронавірусну інфекцію: підтримка фактчекінгових організацій, комбінація технологій автоматичної фільтрації контенту за участю модераторів-людей, регулярний випуск платформами звітів про прозорість інформації про COVID-19, розвиток навичок цифрової медичної грамотності у користувачькому середовищі [33]. Автоматична модерація контенту за допомогою алгоритмів (на відміну від ручної перевірки) не завжди ефективна в делегітимації недостовірної інформації: можливе помилкове маркування повідомлень із авторитетних джерел як спама тощо.

Таблиця 1.1

**Прогноз випадків захворювання на коронавірусну хворобу на території України на березень 2021 окремо по кожній області [33]**

Область	Середнє значення прогнозу на 17.03.21	Інтервал	R (на 10.03.21)	Середнє значення прогнозу на 24.03.21	Інтервал
Вінницька область	775	652-902	1.07	889	538-1358
Волинська область	186	156-216	0.99	205	125-311
Дніпропетровська область	406	341-472	1.09	481	290-738
Донецька область	231	194-269	1.06	291	174-448
Житомирська область	747	627-871	1.14	998	592-1552
Закарпатська область	592	499-689	1.03	677	410-1034
Запорізька область	138	116-160	0.94	140	86-211
Івано-Франківська область	586	494-680	0.91	540	336-803
Київська область	523	439-609	1.09	640	384-985
Кіровоградська область	48	41-56	0.93	53	32-80
Луганська область	39	33-46	1.05	41	25-62
Львівська область	696	585-811	1.16	883	527-1367
Миколаївська область	279	234-325	1.14	347	208-536
м. Київ	705	593-821	1.08	839	505-1287
Одеська область	508	426-592	1.22	708	417-1107
Полтавська область	147	124-171	0.99	159	97-241
Рівненська область	158	133-184	1	173	105-262
Сумська область	197	166-230	1.07	237	143-365
Тернопільська область	350	294-407	1.05	429	257-659
Харківська область	458	385-534	1.07	563	338-867
Херсонська область	36	30-42	0.94	38	23-57
Хмельницька область	343	288-399	1.09	438	262-677
Черкаська область	166	139-193	1.09	197	118-302
Чернівецька область	558	470-649	1.02	587	359-889
Чернігівська область	121	102-141	1.06	141	85-216
<b>Україна загалом</b>	<b>8300</b>	<b>7181-10049</b>	<b>1.1</b>	<b>9916</b>	<b>6044-15309</b>

Г. Айзенбах запропонував модель «інформаційного пирога», відповідно до якої поточна інфодемія відбувається на декількох рівнях: науковому, політичному й медійному (традиційні ЗМІ й соціальні мережі). Опираючись на даний концепт, дослідник виділяє чотири стовпи керування інфодемією: моніторинг онлайн- інформації, «великих даних» (big data), пошукових запитів у мережі з метою відстеження спалахів захворювань (інфоспостереження); розвиток компетенцій громадян у сфері цифрової охорони здоров'я; фактчекінг, експертна оцінка інформації; точна трансляція/циркуляція знань між науковим, політичним, медичним, медійним співтовариствами [39].

За підсумками глобальної краудсорсингової онлайн-консультації з експертним співтовариством (квітень 2020 р.) ВООЗ підготувала рамкову концепцію управління інфодемією в умовах надзвичайної ситуації в сфері охорони здоров'я [27]. Визначається необхідність формування й розвитку стратегічного партнерства між науковим і технічним співтовариствами, урядами, громадянським суспільством, медіа, органами охорони здоров'я, фактчекінговими структурами й іншими зацікавленими сторонами. У число відповідних заходів входять:

- наукова обґрунтованість регуляторної політики;
- транспонування підтверджених наукових даних у політичні практики реагування на надзвичайні ситуації;
- зрозумілий і доступний для різних аудиторій, включаючи вразливі групи, багатомовний контент;
- звертання до ключових співтовариств для вирішення їх проблем і задоволення інформаційних потреб;
- формулювання загальної термінології для опису інфодемії.

Підкреслюється важливість розробки підходів і стандартів, спрямованих на зміну повідомлень у сфері стримування інфодемії по мірі збільшення знань про хворобу й патогенне й зухвале включення спростувань необґрунтованих заяв про COVID-19 у стандартну практику звітності установ, використання досвіду, отриманого в ході попередніх епідемій.

Станом на березень 2020 року ніхто не знав, наскільки глибокою і тривалою буде криза, викликана коронавірусом COVID-19. Ситуація вимагала від системи публічного управління виробити правильні стратегію й тактику розвитку країни та її регіонів у кризовий період і знайти сили й можливості для подальшого прогресу з урахуванням того, що тенденції просторового розвитку економіки також містили у собі потенційні джерела ризиків для стійкості всієї соціально-економічної системи країни, для цілісності й безпеки нашої держави, для благополуччя її населення. Порівняння глобальних епідемій масштабу, з епідемією коронавірусу відображають наслідки різних пандемій світу та

свідчать про те, що, попри успіхи в різних сферах, епідемії є реальною світовою проблемою, оскільки в світі, який стрімко глобалізується, економічні, медичні та інші проблеми окремих країн і регіонів можуть швидко стати проблемами світової спільноти. Порівняльні данні можуть бути представлені наступним чином (таблиця 1.2) [27].

Таблиця 1.2

### Глобальні епідемії масштабу, порівняно з епідемією коронавірусу [27]

Пандемія	Рік	Збудник	Кількість інфікованих	Кількість померлих, світ загалом	Коефіцієнт смертності, % інфікованих
Іспанський грип	1918-1919	A/H1N1	500 млн.	50-100 млн	2-3
Азійський грип	1956-1958	A/H2N2	оцінки відсутні	1-4 млн	Дані відсутні
COVID-19	2019-2022	SARS-CoV	8098 мл.	774	9,6
Ебола	2013-2016	Ебола, лихоманка	28616 мл.	11310	39,5

Для більшості країн та їх регіонів вихід із кризи, викликані епідемією COVID-19, мав відбуватися в різному режимі, і тому структурам публічного управління слід було завчасно враховувати цей фактор у своїй роботі, в управлінській діяльності більшою мірою орієнтуючись на відповідну координацію дій з іншими державами регіонами. Таким чином, виживання економіки й соціальної сфери залежали від постійної мобілізації й використання можливостей кожної країни й регіону. Але інформацію про ці можливості необхідно було узагальнити, проаналізувати й виробити відповідні рекомендації для виконання. Ця робота вимагала не тільки одноразового зусилля, але розуміння й усвідомлення того, що плоди й результати цієї роботи будуть запитані й правильно оцінені після вирішення проблеми [33].

У період пандемії COVID-19 уряди й громадськість «борються» не тільки з вірусом SARS-CoV-2, але й з інфодемією («епідемією» недостовірної інформації, спалахами слухів), яка ускладнюється глобальним масштабом надзвичайної ситуації й поширюється за допомогою медіа. У відповідь на інформаційну епідемію країни направляють значну кількість ресурсів на

стримування поширення дезінформації, забезпечення доступності достовірних знань про COVID-19 для громадськості.

Метафоричний конструкт «інфодемія» створений за допомогою контамінації понять «інформація» і «епідемія». Інфодемія є результатом одночасної дії різних джерел недостовірних повідомлень в умовах значного обсягу циркулюючого контенту. Дезінформацію можна визначити як неправильні або неточні відомості, не підтвержені науковими даними. Використовуються наступні формати для продукування й просування дезінформації про пандемію: емоційні наративи й мему; сфабриковані або деконтекстуалізовані зображення й відео; подроблені веб-сайти, набори даних і джерела; організовані кампанії з поширення неправильних фактів [63]. Пріоритетні теми дезінформації в контексті COVID-19: походження й способи передачі вірусу (у тому числі теорії змови), статистика хвороби, економічні наслідки пандемії, симптоми, діагностика, лікування, вакцинація.

Інфодеміологія (тобто інформаційна епідеміологія) - міждисциплінарна наука у сфері інформатики охорони здоров'я, що використовує онлайн-дані для дослідження інфодемії, моделей поширення зв'язаної зі здоров'ям (дез)інформації, виявлення, вивчення й прогнозування захворювань [55]. Методологія інфодеміології використовується для розв'язання проблем у системі охорони здоров'я, інформування громадськості й агентів публічної політики.

Італійські дослідники Р. Галлотті, Ф. Валле, Н. Кастальдо, П. Л. Сакко, М. де Доменіко у рамках проекту COVID-19 Infodemics Observatory, реалізованого Лабораторією комплексних багатоварових мереж Фонду Б. Кесслера разом із Центром Беркмана із вивчення Інтернету й суспільства Гарвардського університету й Міланським університетом лінгвістики й комунікацій, розробили індекс інфодеміологічного ризику. Індикатор фіксує масштаби схильності різних держав відомостям з ненадійних джерел інформації. Учені проаналізували понад 112 млн. повідомлень в Twitter, опублікованих на ранніх стадіях поширення

нової коронавірусної інфекції з 22 січня по 10 березня 2020 р. в 162 країнах [29], щоб зрозуміти цифровий відгук у соціальних мережах на спалах COVID-19.

З'ясувалося, що відсутня суворя кореляція рівня інфодеміологічного ризику зі станом національної економіки. Дослідники відзначають країни «великої сімки» з помітним інфодеміологічним ризиком (наприклад, Німеччина – 0,233, США – 0,257) і країни, що розвиваються із більш низьким рівнем ризику (наприклад, Пакистан – 0,068, Чилі – 0,073, Філіппіни – 0,042). По мірі ескалації пандемії спостерігається зниження показників інфодеміологічного ризику: збільшення числа заражень стимулює перемикання уваги громадськості на більш надійні джерела інформації.

## **1.2. Сутність та зміст державного управління галуззю охорони здоров'я в умовах пандемії**

Практично у всьому світі спостерігаються значні проблеми, пов'язані з поточним станом функціонування систем публічного управління загалом та діяльності органів публічної влади зокрема, які мають протидіяти кризовим ситуаціям, що спричинені епідемічними викликами, та різноманітним ризикам різного характеру.

Епідемічна ситуація у Євросоюзі лишається складною, а наслідки для держав варіюється залежно від обсягу та своєчасності вжитих раніше окремими урядами обмежувальних заходів.

Наприклад, у розробленій європейськими науковцями гібридній моделі оцінки ризиків епідемій або пандемій та запропонованих методах їх аналізу у сфері охорони здоров'я [41] визначено найбільш критичні фактори ризику: низький медичний і технічний рівень, необхідність підтримувати соціальну стабільність за будь-яку ціну, недосконале законодавство, організаційні системи та механізми управління в надзвичайних ситуаціях, недостатність фінансових ресурсів, невідповідний нагляд, погана особиста готовність.

Для розвинених європейських країн характерним є те, що на фоні поступової адаптації національних систем охорони здоров'я до значного навантаження, актуалізується питання недопущення критичного погіршення економічної ситуації та опрацювання спільних заходів оптимізації міжнародної торгівлі у постпандемічний період. Тому, все більше уваги приділяється пошуку оптимальних варіантів/сценаріїв по виведення країн з режиму карантину/ізоляції та відновлення економічної діяльності. Був проаналізований загальний рівень гальмування економічного розвитку у країнах світу внаслідок пандемії COVID-19 (таблиця 1.3).

Таблиця 1.3

**Гальмування економічного розвитку у країнах світу внаслідок пандемії COVID-19**

**Відхилення від базового сценарію в річному вимірі, % [41]**

Країна, регіон	Гальмування
Австралія	-0,299
США	-0,116
Японія	-0,223
Німеччина	-0,167
Італія	-0,063
Іспанія	-0,059
Канада	-0,101

Станом на 2022 рік ситуація навколо поширення COVID-19 у світі залишається складною. Національні уряди країн ЄС (Велика Британія, Франція, Австрія, Румунія) прийняли рішення частково пом'якшити карантинний режим, однак уникають одномоментного пом'якшення обмежень через пересторогу виникнення чергової хвилі захворювання. Разом із тим зростання кількості нових випадків хвороби розглядалося як неминучий наслідок реалізації стратегії контрольованого набуття колективного імунітету (Велика Британія, Швеція).

У фокусі уваги європейських урядів знаходилося питання забезпечення доступу до навчального процесу школярів (Фінляндія, Велика Британія).

Поширювалися сигнали, які свідчили про високу ймовірність збереження обмежень міжнародних приватних поїздок щонайменше до кінця року. У той же

час вивчалися наслідки пандемії для ринку праці. Поряд із очікуваним збереженням тенденції до переходу у сферах, де це можливо на дистанційну роботу (Нідерланди), посилювалися перестороги щодо нестачі робочої сили в аграрному секторі (Чехія) [70].

Серед кроків, які вживалися національними урядами з протидії пандемії, важливе місце займають заходи у сфері обмеження чи навпаки стимулювання торгівлі.

Як стверджували представники європейських експертних центрів у соціальних мережах, пандемія COVID-19 являла собою безпрецедентне порушення глобальної економіки й світової торгівлі, оскільки виробництво й споживання скорочувалися по усьому світу. Одним з найбільш ефективних засобів урегулювання цієї кризи була своєчасна й точна інформація. Інформована громадськість мала більш широкі можливості для прийняття обґрунтованих рішень, у тому числі з питань, що стосуються торгівлі. В окремих соціальних мережах, зокрема пов'язаних із СОТ, постійно викладалися матеріали, де була представлена остання інформація, що стосувалася торгівлі, включаючи відповідні повідомлення членів СОТ, наслідки вірусу для експорту й імпорту й наслідки пандемії для діяльності СОТ [35].

У контексті інформаційної політики по відношенню до коронавірусної інфекції слід вказати, що в останні роки у багатьох регіонах земної кулі, особливо у розвинених країнах, зростає рівень недовіри до вакцин. Існує кілька можливих пояснень цьому. Деякі люди мають інформацію про свої ризики (наприклад, про медичні протипоказання) або дотримуються помилкових уявлень про безпеку й ефективність вакцин. Інші ухиляються від вакцинації, щоб уникнути почуття жалю про своє рішення, якщо в них виникнуть негативні наслідки [1]. Крім того, багато посилаються на релігійні причини свого небажання вакцинуватися [38]. Є також ті, хто заперечують проти вакцинації з філософських міркувань, не вказуючи на які-небудь конкретні причини. Такі люди, як правило, цінують те, що є «природнім» на відміну від синтетичного фармацевтичного продукту.



Наприклад, одні вважають, що природній імунітет, який набувається у результаті зараження, а потім боротьби із хворобою краще, ніж придбання цього імунітету за допомогою вакцинації. Інші вважають, що зараження певними захворюваннями допомагає зміцнити імунну систему. Більше того, деякі філософські заперечення здобувають політичний відтінок: обов'язкова вакцинація являє собою втручання держави у фізичну недоторканність людини і є символом державного гноблення. Ці переконання звичайно виникають через недовіру до уряду, учених і фармацевтичних компаній [38].

Нарешті, прискорене й практично безперешкодне поширення дезінформації про вакцини в он-лайн середовищі докорінно змінило ставлення до вакцин. Воно дозволило привернути увагу до дискусій за й проти вакцин, зосередило увагу багатьох активістів по боротьбі з вакцинами на он-лайн каналах і соціальних мережах і привернуло увагу до вакцинації більш широкої категорії гравців, які прагнуть збільшити попит на альтернативні товари для здоров'я тощо.

Вакцини вже давно вважаються одним з найбільше ефективних інструментів громадської охорони здоров'я, вони грають важливу роль у запобіганні спалахів інфекційних захворювань, а також у реагуванні на триваючі спалахи, як це проілюструвала пандемія COVID-19. Поза контекстом вкрай руйнівних і часто раптових великомасштабних криз у сфері громадської охорони здоров'я ефективне застосування вакцин, рекомендованих органами охорони здоров'я, не тільки поліпшує результати у даній сфері, але й спричиняє значну економію коштів для систем охорони здоров'я.

Однак в останні роки ослаблення довіри до вакцин вважається одним з найбільш значних факторів, що сприяють зниженню показників вакцинації, особливо на Заході [66]. Періоди підвищеного недовіри до вакцин пов'язані з підвищеною поведінковою нерішучістю, що впливає на своєчасне введення рекомендованих вакцин зазначеним пацієнтам.

Незважаючи на широку доступність медичних технологій, які можуть запобігти або зменшити тягар хвороб, яким запобігають за допомогою вакцин,

недовіра й нерішучість відносно цих технологій перешкоджають їхньому використанню в якості інструментів охорони здоров'я. У результаті хвороби, яким запобігають за допомогою вакцин, застосовуваних роками, вертаються.

Щоб підвищити рівень вакцинації при повазі вибору й автономії особистості, політики й економісти запропонували державам впроваджувати фінансові стимули – умовні грошові виплати за вакцинацію. Згідно з економічною теорією, фінансові стимули збільшують споживання вакцини за рахунок зниження ефективної ціни, тим самим збільшуючи необхідну кількість. Стимули працюють у різних контекстах здоров'я, від моніторингу здоров'я вдома для діабетиків до фізичної активності й відмови від паління.

У сучасному світі основним джерелом інформації є Інтернет і соціальні мережі. За станом на січень 2020 р. приблизно 4,54 млрд. людей у світі були активними користувачами Інтернету, до 2023 р. загальне число активних користувачів Інтернету складе близько 5,3 млрд., тобто приблизно 66 % від загальної чисельності населення світу [50]. По мірі того як друге десятиліття XXI ст. підходило до кінця, основні соціальні мережі, такі, як Facebook, Instagram, Twitter і YouTube, стали найбільшими майданчиками для поширення дезінформації про вакцини [66].

Чим більше з'являлося відомостей про процеси дезінформації про вакцини, тим більше заходів соціальні мережі здійснювали й здійснюють зі стримуванні її поширення. Починаючи з 2019 р., використовуються різні підходи для боротьби з неточним контентом, присвяченим вакцинам:

1. Політика нульової терпимості – підхід, що полягає у видаленні контенту, який кваліфікується як неточна інформація. У контексті дезінформації про вакцини, розповсюджену через основні соціальні мережі, цей підхід був уперше запропонований Pinterest. У лютому 2019 р. компанія оголосила, що заблокує всі результати пошуку, пов'язані з вакцинами [66]. Рішення було прийняте у зв'язку з даними, які свідчать про те, що більшість запитів у Pinterest про вакцини давали результати, що містять інформацію, що суперечить сучасним науковим стандартам.

2. Обмеження й зниження рейтингу - підхід, що полягає у застосуванні методів, які роблять тип контенту, пов'язаного з вакцинами, менш помітним для користувачів. Наприклад, незабаром після того як Pinterest оголосив про застосування заходів проти поширення дезінформації про вакцини, Facebook оголосив, що продовжить дозволяти поширення контенту проти вакцин як на Facebook, так і в Instagram, який належить Facebook, але обмежить його охоплення, не дозволяючи просувати контент проти вакцин за допомогою рекомендацій і реклами.

3. Освітній підхід – підхід, що полягає в активному просуванні точного контенту про вакцини й вакцинації, звичайно одержуваного від авторитетних наукових або орієнтованих на охорону здоров'я організацій. Наприклад, при здійсненні пошуку в Facebook за словом «вакцина», соціальна мережа у першу чергу направляє користувача на контент відомих організацій у наступному порядку: по-перше, центри США по контролю захворювань; по-друге, Американська академія педіатрії; по-третє, Американське онкологічне товариство; по-четверте, Всесвітня організація охорони здоров'я; і по-п'яте, ЮНІСЕФ [66].

Освітні підходи були широко прийняті під час пандемії COVID-19 гравцями в он-лайн середовищі. Наприклад, підхід Google до пошуку інформації про COVID-19 також можна назвати освітнім. У той час як компанія протягом більшої частини своєї діяльності покладалася винятково на складні алгоритми для надання результатів пошуку без втручання людини, Google тепер використовує підхід, за якого пошук, пов'язаний з коронавірусом, запускає свого роду «попередження SOS», що приводить до появи помітних новин з основних видань, включаючи Національне громадське радіо, центри США із контролю захворювань і Всесвітню організацію охорони здоров'я [59].

Однак наявності точних відомостей про вакцини виявилось недостатньо для протидії зростаючим пагубним наслідкам дезінформації про вакцини в Інтернеті. Поширення перевіреної інформації не гарантує, що контент буде споживатися або критично засвоюватися і що його вплив на зміну поведінки

користувачів Інтернету, попередньо настроєних на споживання такого контенту, – мінімальний.

ЄС відзначив, що ріст дезінформації в Інтернеті під час пандемії COVID-19 зажадав прийняття більш строгих заходів щодо моніторингу, повідомленню й припиненню її поширення, особливо у випадках, коли просування недостовірного контенту може привести до заподіяння шкоди здоров'ю окремих осіб або громадськості.

Незважаючи на те що перші кроки, початі ЄС для стримування росту дезінформації під час пандемії COVID-19, були в значній мірі обумовлені побоюваннями у зв'язку з майбутніми виборами в Європарламент, підсумковий план дій, опублікований в 2018 р., спричинив розробку й прийняття Кодексу практики відносно дезінформації й ряду освітніх ініціатив у сфері медіа й он-лайн грамотності.

Кодекс практики відносно дезінформації був сприйнятий як перший випадок в усьому світі, коли промисловість на добровільній основі погодилася на стандарти саморегулювання для боротьби з дезінформацією. Кодекс забезпечує чіткість визначення того, що являє собою дезінформація в он-лайн середовищі; передбачає зобов'язання, покладені на суб'єкти відповідної галузі, і включає застосунок, що описує набір передових методів, які повинні бути прийняті галуззю, пов'язуючи кожну рекомендовану практику з політикою, фактично прийнятою конкретною інформаційною платформою, пошуковою системою або іншим он-лайн учасником. Рамки саморегулювання, передбачені Кодексом, були доповнені створенням Наглядацької ради ЄС по боротьбі з дезінформацією, який збирає недостовірні відомості, публікує звіти, інформаційні матеріали, організує освітні заходи тощо [66].

Однак через певний час, як відзначає А. Рутчман, практика показала, що опора на м'яке право як основний спосіб стримування ескалації дезінформації, яка циркулює в Інтернеті, не дозволяє ефективно вирішити проблеми, пов'язані з поширенням неточних відомостей про вакцини. Проте, підкреслює вона, існуючі рамки м'якого права, застосовні до дезінформації у цілому, дають кілька

важливих підказок, як розробити механізми моніторингу й реагування, адаптовані до особливостей і проблем, пов'язаних із дезінформацією про вакцини [66].

По-перше, необхідно створити структуру, яка буде вповноважено збирати дезінформацію про вакцини.

По-друге, незважаючи на невдачу існуючих підходів, боротьбу з дезінформацією про вакцини найкраще здійснювати за рахунок постійного використання м'якого права, а не за рахунок втручання, що передбачає застосування механізмів національного законодавства.

По-третє, цілеспрямованому реагуванню на дезінформацію про вакцини могло б сприяти створення мереж моніторингу із протоколами взаємної допомоги й обміну даними. Ці мережі можуть бути створені на національному або транснаціональному рівні (або на обох рівнях).

Зазначені заходи можуть сприяти формуванню більш ефективних систем моніторингу й реагування, адаптованих до конкретних проблем, пов'язаних з дезінформацією про вакцини, сприяти удосконаленню існуючих передових методів і прийняття більш однорідних або суворих рамок саморегулювання або, в ідеалі, і того й іншого.

### **1.3. Нормативно-правове забезпечення профілактики захворювань на COVID-19 населення України**

COVID-19 протестував систему влади нашої держави на спроможність ефективно управляти країною в складних умовах прийняття управлінських рішень, вагомих обмежень і ризиків. Епідемія коронавірусу негативно позначилася на економіці країни, ріст вітчизняного ВВП практично зупинився. Об'єктивно оцінюючи прийняті державою заходи, можна зробити висновок: наша країна пожертвувала економічним ростом заради розв'язання проблеми забезпечення суспільного блага - здоров'я й благополуччя населення.

Нормативно-правове забезпечення профілактики захворювань на COVID-19 населення України містить у собі такі групи документів:

Закони України щодо епідемічного благополуччя

– Закон України від 06.04.2000 № 1645-III «Про захист населення від інфекційних хвороб».

– Закон України від 24.02.1994 № 4004-XII «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення».

Нормативна база з розвитку імунопрофілактики

– Наказ МОЗ України від 28.02.2020 № 585 «Про створення Національної технічної групи експертів з питань імунопрофілактики».

– Резолюція круглого столу «Стратегія розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб», що відбувся 23 грудня 2019 р. в м. Київ.

– Стратегія розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2022 року та план заходів щодо її реалізації (Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1402-р).

– Переклад «Висновків Ради ЄС щодо вакцинації в якості ефективного інструменту охорони громадського здоров'я» (від 06.12.2014).

Нормативна база щодо щеплень

– Наказ МОЗ України від 24.12.2020 № 3018 «Про затвердження Дорожньої карти з впровадження вакцини від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, і проведення масової вакцинації у відповідь на пандемію COVID-19 в Україні у 2021–2022 роках».

– Постанова ГДСЛУ від 22.04.2020 № 13 «Про організацію заходів з імунізації в умовах пандемії коронавірусної хвороби (COVID-19)».

– Наказ МОЗ України від 11.10.2019 № 2070 «Про внесення змін до Календаря профілактичних щеплень в Україні та Переліку медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень».

– Рекомендації з проведення вакцинації в Україні в умовах дефіциту імунобіологічних препаратів та їх нерегулярного постачання (додаток до листа МОЗ України від 16.06.2016 № 05.2-11/15133).

– Наказ МОЗ від 16.09.2011 № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів».

#### Нормативна база щодо SARS-CoV-2/COVID-19

– Наказ МОЗ України від 24.12.2020 № 3018 «Про затвердження Дорожньої карти з впровадження вакцини від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, і проведення масової вакцинації у відповідь на пандемію COVID-19 в Україні у 2021–2022 роках».

– Звітність в системі MedData (вакцина від COVID-19)

– Забезпечення ефективності вакцинації. Система «холодового ланцюга» (+2...+8 °C).

У Законі України «Про захист населення від інфекційних хвороб» даються такі визначення:

– «інфекційні хвороби – розлади здоров'я людей, що викликаються живими збудниками (вірусами, бактеріями, рикетсіями, найпростішими, грибками, гельмінтами, кліщами, іншими патогенними паразитами), продуктами їх життєдіяльності (токсинами), патогенними білками (пріонами), передаються від заражених осіб здоровим і схильні до масового поширення;

– небезпечні інфекційні хвороби – інфекційні хвороби, що характеризуються важкими та (або) стійкими розладами здоров'я в окремих хворих і становлять небезпеку для їх життя та здоров'я;

– особливо небезпечні інфекційні хвороби – інфекційні хвороби (у тому числі карантинні: чума, холера, жовта гарячка), що характеризуються важкими та (або) стійкими розладами здоров'я у значній кількості хворих, високим рівнем смертності, швидким поширенням цих хвороб серед населення;

– дезінфекційні заходи (дезінфекція, дезінсекція, дератизація) – заходи щодо знищення у середовищі життєдіяльності людини збудників інфекційних хвороб (дезінфекція) та їх переносників;

– епідемія – масове поширення інфекційної хвороби серед населення відповідної території за короткий проміжок часу;

– епідемічна ситуація – показник епідемічного благополуччя території (об'єкта) у певний час, що характеризується рівнем і динамікою захворювання людей на інфекційні хвороби, наявністю або відсутністю відповідних факторів передачі інфекції та іншими обставинами, що впливають на поширення інфекційних хвороб;

– карантин – адміністративні та медико-санітарні заходи, що застосовуються для запобігання поширенню особливо небезпечних інфекційних хвороб;

– медичні імунобіологічні препарати – вакцини, анатоксини, імуноглобуліни, сироватки, бактеріофаги, інші лікарські засоби, що застосовуються в медичній практиці з метою специфічної профілактики інфекційних хвороб;

– носій збудника інфекційної хвороби (далі – бактеріоносій) – людина, в організмі якої виявлено збудників інфекційної хвороби при відсутності симптомів цієї хвороби;

– обмежувальні протиепідемічні заходи – медико-санітарні та адміністративні заходи, що здійснюються в межах осередку інфекційної хвороби з метою запобігання її поширенню;

– санітарно-протиепідемічні правила і норми - нормативно-правові акти (накази, інструкції, правила, положення тощо) центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, вимоги яких спрямовані на запобігання виникненню та поширенню інфекційних хвороб;

– протиепідемічні заходи – комплекс організаційних, медико-санітарних, ветеринарних, інженерно-технічних, адміністративних та інших заходів, що



здійснюються з метою запобігання поширенню інфекційних хвороб, локалізації та ліквідації їх осередків, спалахів та епідемій;

– профілактичні щеплення – введення в організм людини медичних імунобіологічних препаратів для створення специфічної несприйнятливості до інфекційних хвороб;

– санітарна охорона території України – система організаційних, медико-санітарних, санітарно-гігієнічних, лікувально-профілактичних та протиепідемічних заходів, спрямованих на запобігання занесенню та поширенню на території України особливо небезпечних інфекційних хвороб, а в разі їх виникнення – на недопущення поширення цих хвороб за межі України, а також на запобігання ввезенню на територію України товарів, хімічних, біологічних і радіоактивних речовин, відходів та інших вантажів, небезпечних для життя та здоров'я людини» [10].

Отже, епідемічна ситуація у світі залишається складною, а наслідки для держав варіюється залежно від обсягу та своєчасності вжитих раніше окремими урядами обмежувальних заходів.

Ми спостерігаємо практично у всьому світі значні проблеми, пов'язані з поточним станом функціонування систем публічного управління загалом та діяльності органів публічної влади зокрема, які мають протидіяти кризовим ситуаціям, що спричинені епідемічними викликами, та різноманітним ризикам різного характеру.

Наведені основні методи профілактики інфікування та поширення COVID-19 розроблені МОЗ України (рис.1.1).



Рис. 1.1. Методи профілактики інфікування та поширення COVID-19. [10]

МОЗ України наголошує, що профілактика та дотримання санітарних норм надзвичайно важливі та ефективні серед способів боротьби з поширенням пандемії коронавірусу SARS-CoV-19 (рис. 1.2).



Рис. 1.2. Ефективні способи боротьби з поширенням SARS-CoV-19 [10]

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ СТАНУ РОЗВИТКУ УПРАВЛІННЯ ГАЛУЗЗЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

#### 2.1. Сучасний стан функціонування галузі охорони здоров'я в умовах пандемії, спричиненої коронавірусом SARS CoV-2

Перше повідомлення про хворобу, викликану новим бета-коронавірусом, з'явилося 8 грудня 2019 р. у м. Ухань, провінції Хубей Китайської Народної Республіки (КНР). Через 3 мес, 11 березня 2020 р., Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оголосила спалах нової коронавірусної інфекції (КВІ) COVID-19 пандемією. Через ще 4 міс. у світі було зафіксовано понад 16 млн. випадків інфекцій, викликаних вірусом SARS-Cov-2 (severe acute respiratory syndrome-related coronavirus 2), понад 650 тис. осіб померли [13].

Попередній досвід боротьби з поширеними інфекціями, такими як кір, грип, гепатит В, ротавірусна інфекція й, нарешті, вірус імунодефіциту людини (ВІЛ)/(СНІД), що включає емпіричний пошук ліків і створення вакцин для їхнього попередження, показує, що наше майбутнє – довгий і тернистий шлях досягнень і розчарувань, який буде тривати не одне десятиліття. Стандартні заходи посиндромної інтенсивної терапії й раніше використані методи лікування вірусних інфекцій не виявили стабільного впливу на виживаність госпіталізованих пацієнтів із КВІ й серйозні ускладнення інфекції. Першопочаткові повідомлення про атипову двосторонню пневмонію з унікальною картиною на комп'ютерній томографії (КТ) у важких випадках доповнилися описом поліорганних розладів/сепсису з порушеннями функції легенів, нервової системи, нирково-печіночної дисфункції й розвитком тромбо-геморагічного синдрому.

Важка інфекційна двостороння пневмонія, що приводить до поліорганної недостатності, мала ознаки системного запалення, яке характеризувалося лихоманкою, сухим кашлем, лімфопенією, збільшенням протромбінованого

часу, зниженням рівня гемоглобіну, підвищенням активності функціональних печіночних проб, гемолітичною анемією, різноманітними шкірними висипами, що супроводжувалися підвищенням активності лактатдегідрогенази, а також синдромом «матового скла» і «брукової бруківці» при томографічному дослідженні легенів, наростаючою задишкою й гострим респіраторним дистрес-синдромом (ОРДС) [13].

Найближчий прогноз течії пандемії невтішний – усе населення світу зіткнеться із SARS-Cov-2 і протиепідемічні заходи, проведені у різних країнах, тільки згладжують одночасне масове зараження для організації керованої медичної допомоги. Учені різних країн у конкурентному азіотажі готують робочі вакцини для попередження інфекції, заявки на їхнє виробництво фіксує ВООЗ, фільтруючи фейкові заяви й авантюрні комерційні пропозиції з профілактики COVID-19 у мережі Інтернет.

Основними причинами летальних випадків у дорослих були інфекційний токсикоз і вірусна пневмонія. Розробка й виробництво кількох вакцин, що включають антигени проти різних штамів вірусу, їх широке застосування й щорічна вакцинація, безумовно, створюють колективний імунітет і сприяють більш легкій течії інфекції, попереджуючи її бактеріальні й бактеріально-грибкові ускладнення. Але, незважаючи на ешелонований протиепідемічний захист і специфічну профілактику, щорічно від грипу гинуть понад 600 тис. мешканців планети. Інші вірусні інфекції, для яких розроблені й введені у національні календарі імунопрофілактики ефективні вакцини, також несуть загрозу життю людей. Так, від ротавірусної інфекції щорічно гинуть до 800 тис., гепатиту В – 650 тис., кору – 140 тис., стовбняка - 90 тис. осіб на планеті [13].

Висновок з вищесказаного один - потрібно навчитися лікувати хворих COVID-19. Для цього необхідні знання епідеміології, етіології й патогенез захворювання, клінічний аналіз тощо.

Відповідно до базових принципів державної соціальної й гуманітарної політики практично у всіх країнах із розвиненою ринковою економікою були сформовані громадські системи охорони здоров'я, що були доступні для всіх чи

для переважної більшості громадян. Питання державної політики громадського здоров'я, відповідного забезпечення, вартості й доступності лікування, умов життя є дотичні до інтересів широких верств населення, формують настрої та стають предметом дискусій відносно ефективності реалізації функцій управління органами державної влади [21].

Висуваються також аргументи й припущення відносно того, що COVID-19 спотворює статистичні дані глобальної смертності від пневмонії, ставиться під сумнів власне статистика кількості заражень, а також виміри абсолютної й відносної смертності від пандемії коронавірусу. Епідемія стала раптовим і сильним каталізатором легітимізації політичних, соціальних, економічних, контурів відмінної моделі громадянського суспільства, а також стабілізації суспільства. Формується соціум, у рамках якого домінуватимуть механізми соціальної регуляції, які спричинятимуть перерозподіл дедалі більшої частки суспільних ресурсів.

Співвідношення державних й неурядових медичних організацій відрізняється, грошове забезпечення медичної допомоги громадянам здійснюється чи з бюджетних коштів держави, що формуються за рахунок загального оподаткування, чи з коштів із джерел обов'язкового медичного страхування, які створюються за рахунок страхових внесків роботодавців і внесків уряду або пенсійних фондів за населення, яке не працює [18].

Реакція більшості населення на COVID-19 як на час надзвичайної ситуації стала непропорційно чутливою та неадекватною співставно з його можливими соціальними й економічними наслідками. Базовим завданням реформ охорони здоров'я у цьому контексті стало стримування збільшення витрат держави і підвищення результативності роботи систем охорони здоров'я. Ця політика здійснювалася у напрямі забезпечення нормування споживання медичних послуг через встановлення часового проміжку очікування їх надання й розвитку систем фінансово-економічного планування. Нині слід змінювати розв'язання соціально-економічних проблем і виходити у першу чергу із потреб сучасного громадянського соціуму.

Ключовими чинниками реалізації політики держави у сфері охорони здоров'я є формування умов, за яких динаміка надання медичних послуг реалізується ефективно і досягають заданих позначок цільових індикаторів [12]. У системі охорони здоров'я фіксується недостатньо результативне використання експертів, котрі мають вищу освіту і підвищений показник освіти, за комплектації посад управлінського складу медичних фахівців.

Держава забезпечує регулювання галузі послуг охорони здоров'я на основі нормативних правових актів, які встановлюють структуру органів регулювання державою послуг охорони здоров'я, правовий стан продуцентів послуг охорони здоров'я та охорону їх власності, порядок укладення і виконання господарських договорів, регуляція надання послуг, захист прав споживачів вказаних послуг, проблем, пов'язаних з етичною стороною забезпечення надання послуг [14]. Важливий чинник функціонування механізмів регулювання системи охорони здоров'я на наявному етапі розвитку передбачає формування ефективно діючої нормативної бази.

Базова властивість правового регулювання полягає у відповідному зв'язку із чіткою метою, передбачаючи організовану і взаємопов'язану систему важелів, спроможну забезпечувати законну реалізацію суб'єктами спільних інтересів. Необхідно використовувати соціальних і мотиваційних методів, які дозволяють зменшувати навантаження на бюджет і надавати стимулюючий вплив на громадян для забезпечення підтримки, посилення й збереження власного здоров'я й відповідальності за нього [16]. Важливим чинником при цьому є те, що методика переконання й стимулювання зумовлені прийнятими у суспільстві моральними й етичними нормами, взаєморозумінням, а також взаємодією.

Забезпечення медичної сфери фінансами є базовим фактором, що спрямований на забезпечення активного розвитку галузі на даному етапі її трансформації й розвитку. Стосовно базового напрямку держави у регулюванні охорони здоров'я, то воно полягає в оптимізації чинної системи забезпечення коштами, а також пошуку інноваційних джерел фінансування за допомогою страхування медичної сфери. Реалізація результативної державної політики

тісно пов'язана із використанням методики нормативно-правового регулювання відносин у соціумі, однак за сучасних умов розвитку ринкових відносин, постіндустріальних трансформацій у суспільстві значення цих методів вагомим чином змінилося.

Розвиток конкуренції та взаємодії між споживачами за кращі медичні організації й за застрахованих, а крім того між виробниками за споживачів та за пацієнтів має розглядатися як базова рушійна сила поліпшення ефективності системи грошового забезпечення охорони здоров'я. Масове розповсюдження бюджетного дефіциту зумовлено скороченням державних доходів по мірі спаду економічної активності й світової торгівлі, безпрецедентними за масштабом заходами підтримки приватного сектора для пом'якшення наслідків поширення пандемії COVID-19.

Запропоновані трансформації державної політики у сфері охорони здоров'я вагомою мірою спроможні чинити вплив на свідомість громадян та на їхній спосіб життя, а згодом поліпшити стан здоров'я і підвищити рівень життя населення. Реалізація такої стратегії має велику економічну ефективність та може сприяти посиленню особистої відповідальності за умов створення відповідного середовища, що дозволить створити й реалізувати економічну політику держави, а людям підтримувати індивідуальне здоров'я й суспільний добробут [8]. Водночас вимога населення до якісних показників функціонування системи охорони здоров'я продовжували зростати, і урядові інститути зіткнулися з неможливістю акумулювати кошти, що направляти на охорону здоров'я, витратити їх колишнім чином, таким чином забезпечувати збільшення якості медичних послуг.

Заходи вказаного характеру мають передбачати механізми впровадження системного підходу до соціально-економічної політики держави, до діяльності з управління, упровадження сталого споживання й виробництва, зростання рівня обізнаності суспільства щодо значення й переваги його застосування для збереження здоров'я. Перед керівниками закладів охорони здоров'я постає завдання із реалізації державної політики та ухваленні управлінських рішень для

організації потрібного ресурсного забезпечення медичної допомоги під час надзвичайних ситуацій, знаходження додаткових джерел фінансування, активізація діяльності стосовно вирішення питань здоров'я суспільства.

Органи державної влади повинні бути готовими до цілеспрямованої мобілізації структурних ресурсів, які є більш підготовлені до пандемії [5], водночас громадянське суспільство, у рамках якого автономію особистості де факто ставлять вище за її безпеку, де цінована свобода переміщень, саморегульовані ринки, виявилось відносно менш підготовленим до колективних заходів влади і громадян [24]. Соціальні функції держави, які стосуються життєвих ресурсів як малого, так і середнього бізнесу, само зайнятих працівників та усіх, хто працює в тіні, забезпечуючи реалізацію трудової зайнятості усередині й поза державою, можуть викликати логічне відторгнення у великої частини груп соціуму.

Своїм втручанням державні структури можуть зруйнувати матеріальну й економічну базу малого й середнього бізнесу, але навряд чи здатні, навіть у випадку реалізації державної соціальної та гуманітарної політики, запропонувати замість них щось нове у контексті зайнятості, що загрожує насамперед зростанням настроїв протесту. Слід формувати й реалізовувати урядову політику подальшого розширення електронних сервісів - від доступу до послуг державних/публічних структур і завершуючи еволюцією електронної демократії [3]. При цьому онлайн-сервіси розвиватимуться від електронної комерції до телемедицини й традиційної пошти, що матимуть стимули використовувати технології, які дозволяють скоротити кількість можливих контактів клієнтів між собою.

Разом із тим, електронні технології досить активно застосовуються із метою дисциплінарного контролю над громадянами, однак самі по собі гаджети не програмують визначеного типу соціального устрою. У разі вирішення легких і технічних проблем буде з'ясовано, наскільки користувачі хочуть жити в оптимізованому й онлайн-світі, а з огляду на те, що для морального і фізичного комфорту суспільства слід зберегти ті соціальні практики, що



ґрунтуються на безпосередньому людському спілкуванні навіть у випадку надзвичайних ситуацій.

Наразі завдяки ефективному виконанню урядової політики численні базові програми успішно переведені до онлайн-режиму, незважаючи на те, що певні формати виявилися зміненими [19]. У безкоштовних сервісах являється ряд обмежень, тому доцільно перевіряти, що характерно у конкретному випадку, і усе ж здобути максимально більш зручний сервіс. У системах фінансування охорони здоров'я територіальні органи управління медициною не зобов'язані фінансувати виключно ті державні організації охорони здоров'я, що розташовані на їхній території, а спроможні здійснювати укладання контрактів на власний вибір також із недержавними структурами [25].

Найбільш очевидними стали динамічні зміни у соціально-економічній компоненті медичного обслуговування, виріс соціальний статус лікарів загальної практики, посилилася увага щодо них від структур управління охороною здоров'я, менеджерів та лікарів, які працюють у стаціонарах. Завдяки підписанню контрактів між одержувачами й виробниками медичних послуг, останні почали кращим чином розуміти, які різновиди медичної допомоги вони мають надавати, кому, за якими стандартами і за яку ціну [17].

Задіяння контрактних відносин для ефективнішого розподілу коштів перешкоджала відсутність бажання покупців медичних послуг вносити вагомі зміни у сформовані структури та кількісні показники медичної допомоги, щоби не порушити відносин довіри та професійної етики, не ризикувати тривалою співпрацею. Проведення ринковим чином орієнтованих реформ мало вагомі позитивні результати із політичного контексту, вони запропонували імпульс роботи органів охорони здоров'я, активізували відповідні зусилля з регулювання медичної допомоги в інтересах громадян, а не самих лікарів та медичних організацій.

Обмежувалися права адміністративних установ медицини з боку структур державної влади, а очільникам медичних закладів надавалися права самостійного ухвалення оперативних рішень стосовно розпорядження

грошовими й матеріальними ресурсами [14]. У випадку браку у них коштів для покриття заборгованостей постачальникам товарів та послуг відповідачем у відповідності до зобов'язань виступали урядові органи управління. Для згаданого медичні інститути, підпорядковані територіальним структурам управління охороною здоров'я, виявилися перетвореними на самостійні урядові заклади охорони здоров'я. Вказані організації виявилися засновані у відповідності до моделі комунального закладу, вони мають право укладати контракти із персоналом, залучати кошти і функціонувати майже незалежно у межах чинного законодавства.

Органи державної влади є уповноваженими стежити за тим, що би здійснені трансформації не спричинили звуження кола споживачів послуг згаданих інституцій і погіршення доступності допомоги у контексті медицини для усіх категорій населення [22]. Повільне упровадження інноваційних медичних технологій і препаратів, а також модернізація медичного обладнання, дефіцит ліків, низька зарплата лікарів та медичних сестер формує тіньові платежі за відповідні послуги, нерівність у доступі до медичної допомоги, спричинену соціальним статусом. Це викликало вельми критичне ставлення з боку як громадян, так і медиків, заклади охорони здоров'я функціонували неефективно з урахуванням недостатньої забезпеченості медичних кадрів медичним обладнанням [7].

Вказаний чинник зумовив направленість здійснюваних трансформацій щодо підвищення ефективності медичної системи, а реформи стали вираженням намагань збільшити виділення коштів на охорону здоров'я через розширення джерельної бази надходження фінансів і зміни структури грошових потоків. У час пандемії COVID-19, для подолання цієї критичної ситуації й обмеження розповсюдження захворювання, структури державної влади, формуючи й реалізуючи політику держави, пішли на певні безпрецедентні кроки [4]. Епідемія й санітарні обмеження змушують переглядати у напрямі погіршення оцінку перспективних аспектів внутрішнього попиту і спад пропозицій через обмеження.

Таким чином, у сфері охорони здоров'я належить здійснити структурні трансформації, спрямовані на оптимізацію медичних послуг на базі посилення координації, більш спрямованої й якісної підготовки персоналу і поліпшення оснащеності медичних закладів у період пандемії. Ефективна державна соціальна й гуманітарна політика підвищує рівень стабільності соціуму, дозволяючи долати надзвичайні ситуації, ізводить до мінімуму наслідки ймовірних майбутніх криз. Масштабні заходи і рішення, формування і реалізація зазначеної державної політики цілком необхідні для подолання кризових явищ, збереження рівня життя соціуму. Із впровадженням нових і демократичних принципів у життя суспільства, зміною соціальних цінностей і цілей вагомим значення набуває проблема зміни самої доктрини політики держави у галузі охорони здоров'я громадян і соціальних верств.

Обсяг потрібних ресурсів у сфері охорони здоров'я залежний від вартості ресурсного забезпечення і реалізації програм держави із розвитку охорони здоров'я. Вказаний факт виходить на перше місце у процесі проведення реформ системи охорони здоров'я і прагнення забезпечити досягнення високої якості медичних послуг населенню. Застосування адміністративних механізмів сприяє соціальній справедливості доступності благ, вона надає можливість формувати умови, діяти у необхідному для соціуму напрямку, вирішуючи ряд невідкладних завдань.

## **2.2. Механізм попередження розповсюдження висококонтагіозних захворювань в Україні**

Для попередження інфекційних хвороб широко задіюють різні санітарні й гігієнічні заходи, такі як покращання виробничих і соціально- побутових умов, якісна організація харчування й дотримання оптимального режиму праці й відпочинку, гігієнічних засад розвитку й навчання дітей і підлітків, а також правил особистої гігієни тощо.

Передача SARS-CoV-2, вірусу, що спричиняє COVID-19, відбувається у широкому спектрі робочих місць, що не належать до галузі охорони здоров'я. Заходи політики, спрямовані на захист працівників, допомагають запобігати контактній передачі вірусу й захищати економіку країн через забезпечення відкритості та безпеки робочих місць.

Наразі у національних та місцевих рекомендаціях політиків щодо того, яким підприємствам й організаціям доцільно запобігати передачі вірусу та захищати працівників, фіксується брак узгодженості.

Водночас в окремих галузях характерні чіткі тренди, які демонструють підвищені ризики передачі. В Україні це притаманно, зокрема, для функціонерів сфери послуг і торгівлі, прибиральників та домашніх працівників, фахівців освіти, робітників м'ясопереробних підприємств, експертів індустрії гостинності, водіїв і транспортних працівників, фахівців сектора громадської безпеки, будівництва й представників професій, що зайняті у галузі соціальних послуг.

У тих установах, де характерним є фізичний контакт між особами, недостатня вентиляція, колективні місця прийому їжі, спільне службове житло й часті поїздки, змога виникнення спалахів COVID-19 є вищою. Вищезгадані факти підкріплюють актуальні рекомендації ВООЗ і МОП стосовно заходів із запобігання розповсюдженню COVID-19, зокрема запровадження дистанційної роботи, обмеження кола осіб, котрим дозволено входити до робочих зон, головними працівниками, фізичне дистанціювання, постійний скринінг, ізолювання інфікованих, відстеження контактів і направлення контактних осіб до карантину, регулярне дезінфікування робочих місць (зокрема поверхонь, яких часто торкаються люди), гігієна рук, контроль за умовами середовища та належне задіяння засобів індивідуального захисту.

Національним та місцевим органам влади слід адаптувати вказані заходи, з огляду на рівень передачі COVID-19 у соціумі, як визначено у настановах ВООЗ із коригування заходів щодо захисту здоров'я населення та соціальних заходів і відповідно до настанов Міжнародної організації праці відносно заходів

із безпеки і здоров'я на роботі, що спрямовані на запобігання розповсюдженню COVID-19. Реалізуючи політику профілактики й пом'якшення наслідків COVID-19 на роботі, структури влади й роботодавці мають урівноважувати громадські заходи із кроками з обмеження можливого впливу на соціальний та економічний добробут, зокрема доступ до послуг та втрата доходів. Заходи політики, що упроваджені для запобігання поширенню COVID-19 в установах, можуть самі собою супроводжуватися ризиками для здоров'я й безпеки: це, наприклад, тривале використання засобів індивідуального захисту (ЗІЗ), психосоціальні й ергономічні наслідки дистанційної праці, ризики, дотичні до браку технічного обслуговування систем у ході локдауну, хімічний вплив, що пов'язаний зі збільшеними обсягами дезінфекції. Вказані ризики також доцільно визнавати та зменшувати.

Згідно із наявними наразі знаннями, передача SARS-CoV-2 проходить між людьми в основному тоді, коли заражена особа перебуває у тісному контакті з іншою особою. Міра, в якій вірус передаватиметься між колегами, залежить від обсягу життєздатності вірусу, який виділяється і викидається особою, виду контакту вказаної особи з іншими особами, умов, за яких проходить контакт, і запроваджених заходів із запобігання.

Основний механізм попередження розповсюдження контагіозних захворювань та загальні методи розподілення хворих за ступенем важкості при наявності супутнього ускладнення у вигляді поза госпітальної пневмонії наведено на рис.2.1.

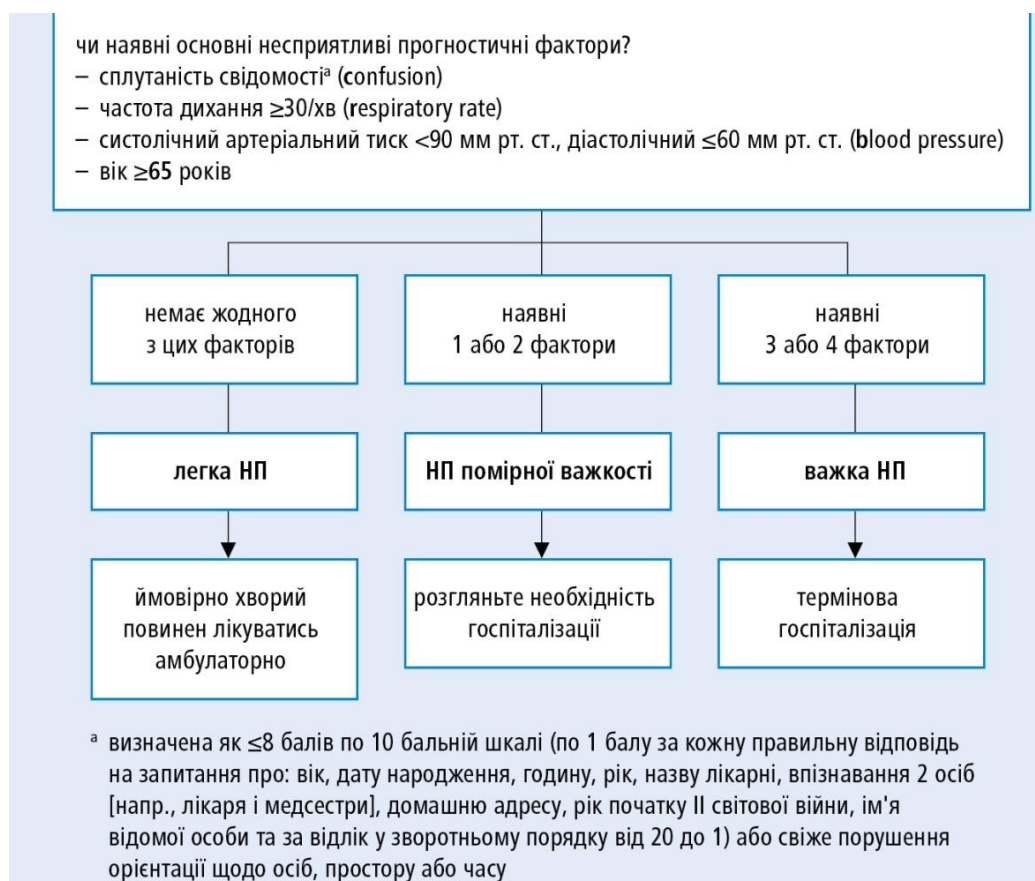


Рис 2.1. Розподілення хворих за ступенем важкості при наявності супутнього ускладнення у вигляді поза госпітальної пневмонії [10]

Вірус SARS-CoV-2 може поширюватися із рота або носа інфікованої особи, коли вона кашляє, чхає, співає, важко дихає чи говорить. Тісний контакт з інфікованою особою може спричинити до вдихання вірусу чи зараження ним через рот, ніс чи очі. Є обмежені докази передачі вірусу через фоміти (предмети чи матеріали, або можуть бути заражені життєздатним вірусом, зокрема робоче обладнання чи поверхні), розташовані у середовищі, яке оточує інфіковану особу. Вказана передача може проходити у результаті торкання фомітів із подальшим доторком до роту, носу чи очей. Передача проходить у місцях поза межами медичних закладів, найчастіше у закритих, переповнених та погано провітрюваних приміщеннях, де інфіковані проводять досить довгий час разом з іншими особами. Це дає підстави вважати, що передача SARS-CoV-2 є вельми ймовірною у переповнених і тісних приміщеннях, де вентиляція є недостатньою чи взагалі відсутня [73].

Заохочення дистанційної роботи шляхом впровадження комплексу заходів стало важливим каменем політики відносно здоров'я на роботі за умов COVID-19. Приблизно 1/3 усіх заходів політики підприємств, перерахованих у базі даних із ГЗСЗ ВООЗ, направлені на впровадження дистанційного режиму роботи. Уряди деяких держав поставили базову вимогу про переведення на дистанційний режим всіх державних службовців, екстрених служб, не залучених до роботи, а у деяких країнах така обов'язкова вимога була розповсюджена на увесь неосновний персонал. Були також встановлені системи квот, у відповідності до яких на дистанційну роботу має бути переведено принаймні 70 % усіх співробітників. За відсутності вищезгаданих неодмінних вимог для мотивації дистанційної роботи застосовуються адекватні стимули, національні управлінські настанови та заходи з формування спроможності.

Запроваджено адресні заходи підтримки, які вимагають від роботодавців переводити на дистанційну роботу співробітників груп підвищеного ризику із супутніми хворобами. В окремих державах роботодавців зобов'язали надавати дистанційну роботу усім співробітникам старше 60 років й працівникам, постраждалим з огляду на зупинку громадського транспорту та закриття установ денного догляду. Встановлено правила, які забороняють працедавцю вимагати від неосновних працівників виходити із дому.

Дорожня карта з впровадження вакцини від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, і проведення масової вакцинації у відповідь на пандемію коронавірусної хвороби COVID-19 в Україні у 2021 – 2022 роках розроблена та рекомендована для забезпечення належного та рівного доступу до ефективної вакцини проти гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 для всього населення України, яке має його отримати, а також для контролю пов'язаних з цим процесів.

Дорожню карту розроблено у такий спосіб, щоб була можливість внести зміни до неї, щоб враховувала багато невідомих перемінних на даний момент, у

тому числі невизначеність щодо доступності вакцини проти коронавірусної хвороби COVID-19.

Дорожню карту підготовлено за участі національних і міжнародних партнерів у сфері громадського здоров'я та імунізації, Національної технічної групи експертів з імунопрофілактики, органів державної влади та розглянуто на засіданні оперативного штабу Міністерства охорони здоров'я України з реагування на ситуацію з поширення інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом вакцинації. Дорожню карту із впровадження вакцини від COVID-19 і проведення масової вакцинації у відповідь на пандемію коронавірусу в Україні у 2021-2022 роках представлено на рис. 2.2.



Рис.2.2. Дорожня карта з впровадження вакцини від COVID-19 [18]

Успіх реалізації Дорожньої карти залежить від партнерства та тісної співпраці з регіональними представництвами закладів громадського здоров'я та охорони здоров'я, органами місцевого самоврядування, громадськістю [9].



Разом з тим боротьба з пандемією коронавірусу COVID-19 в Україні показала, що в країні не все в порядку із системою публічного управління соціально-економічним розвитком, включаючи регіональну політику, коли кожний регіон самостійно вирішує проблеми, пов'язані з подоланням негативних проявів пандемії, які серйозно обмежують можливості прогнозування соціально-економічного розвитку регіону навіть у найближчій перспективі. Тому необхідними були заходи для її удосконалення, потрібне серйозне «перезавантаження» для забезпечення прискореного зростання економіки й сприятливих змін, особливо в соціальній сфері.

Наявна динаміка критичних атак на діючу регіональну політику нашої держави була викликана усвідомленням необхідності її «перезавантаження». Ключовою умовою для виконання цього завдання є розробка нової моделі регіональної політики, в основу якої були б закладені резерви удосконалення форм і механізмів міжрегіональної інтеграції й реалізації різних міжрегіональних програм. Насамперед необхідна додаткова актуалізація двох діючих нормативно-правові актів стратегічного характеру [33].

Для оптимізації становища державного управління в Україні з протидії коронавірусній інфекції слід провести роботу з наступних напрямків:

- розробка нової законодавчої бази у сфері антикризового управління за допомогою цифрової трансформації державного управління;
- впровадження удосконаленої системи електронного документообігу в органі державної влади, його підрозділах;
- організація додаткового захисту інформації, забезпечення безперебійності сигналу;
- установка мобільних терміналів на прикладі порталу державних послуг і розробка можливих методів доставки додому державних послуг населенню [68].

### **2.3. Організація профілактичних заходів Covid-19 на державному та місцевому рівнях**

У тимчасових настановах ВООЗ «Рекомендації з ужиття заходів із захисту здоров'я населення та соціальних заходів на роботі у зв'язку з поширенням COVID-19» рекомендовано використовувати ряд рівнів ризику для проведення оцінки небезпеки на роботі стосовно контакту з джерелами SARS-CoV-2 і забезпечення планування запобіжних заходів в організаціях, які не належать до сфери охорони здоров'я. У межах вказаних категорій ризику «особами з установленою або підозрюваною інфекцією COVID-19» являються, як правило, особи, котрі уже пройшли тестування чи діагностику із позитивним результатом [72].

– низький рівень ризику зараження. Це види робіт і трудових обов'язків, які не передбачають частого та тісного контакту із населенням й іншими працівниками, відвідувачами, клієнтами, покупцями чи підрядниками та не вимагають контакту з особами, де установлено чи підозрюється інфікування SARS-CoV-2. Через характер виконуваних ними функцій працівники вказаної категорії мінімальним чином контактують із населенням й іншими співробітниками;

– середній рівень ризику зараження. У районах, де до сих реєструються випадки COVID-19, із таким рівнем ризику можуть стикатися працівники, котрі під час виконання власних обов'язків часто й тісно контактують із населенням, відвідувачами або покупцями за умов значного скупчення осіб (зокрема, на продовольчих ринках, автовокзалах, у громадському транспорті, школах та у ході провадження відмінної трудової діяльності в умовах, де важко додержуватися безпечної фізичної відстані) чи виконують роботу, що вимагає тісного та частого контакту між співробітниками;

– високий рівень ризику зараження. Види робіт та трудових обов'язків із значною ймовірністю тісного контакту з особами, в яких встановлено чи підозрюється COVID-19, а також контакту із предметами та поверхнями, на яких

присутній вірус. Поза межами закладів охорони здоров'я такими висококонтактними типами робіт є, наприклад, перевезення осіб, у яких встановлено чи підозрюється COVID-19, у закритих транспортних засобах без перегородки між водієм та пасажиром й надання побутових послуг чи догляду вдома особам із COVID-19.

Дистанційна робота характеризується своїми унікальними ризиками для здоров'я, зокрема фізичним, ергономічним впливом і впливом на психічне здоров'я. На вірогідність надання працівникові змоги перейти на дистанційну роботу впливають фах, сфера й географічне розташування. Для забезпечених, освічених працівників із міст можливість переходу на режим дистанційної роботи є вищою. Це ставить під сумнів справедливість дистанційної роботи як стратегії запобігання COVID-19.

Наведені нижче заходи повинні направляти роботодавців у проблематиці переведення їхніх співробітників на дистанційний режим роботи безпечним, здоровим та ефективним способом. Рекомендується, зокрема:

- реорганізувати трудовий процес, протоколи й процедури таким чином, щоби забезпечити переведення на дистанційний режим роботи максимальне число працівників;
- оцінити, що особи, на яких посадах і з якими робочими завданнями мають працювати дистанційно й додержуватися проблематики дистанційної роботи;
- забезпечити навчання щодо проблематики безпечної й ефективної дистанційної роботи;
- забезпечити для того, щоби виділене робоче місце було ергономічно оснащене для дотримання потрібного робочого завдання;
- закликати працівників, що зайняті сидячою роботою, регулярно, щопівгодини здійснити короткі перерви для виконання вправ на гнучкість;
- закликати працівників додержуватися стабільного режиму робочого часу та перерв;

- створити працівникам змогу для соціальної комунікації й мотивувати регулярне спілкування у відеорежимі;
- просвітити працівників щодо впливу довготривалої дистанційної роботи на психіку, включно із ризиком депресії, ізоляції й тривоги; обговорити баланс між роботою і особистим життям і забезпечення встановлення чіткого робочого часу для того, щоби працівники не відчували тиск з огляду необхідності постійного підтримання контактів із керівництвом;
- закликати працівників підтримувати власне психічне здоров'я за допомогою установа чіткого режиму дня, адекватної фізичної активності й соціальної взаємодії, зокрема віртуальні зустрічі й дружні візити; розглянути можливість надання співробітникам, у яких виникли симптоми розладу психічного здоров'я, доступу до програм допомоги працівникам;
- інформувати працівників щодо здорового способу життя й заохочувати їх до його дотримання [26].

Співпраця між роботодавцями і працівниками характеризується велике значення для успішного захисту здоров'я й безпеки співробітників. Відповідно із Рекомендацією Міжнародної організації праці №164, заходи для сприяння взаємодії можуть включати, згідно із національним законодавством і практиком, призначення представників співробітників із проблематики безпеки і створення комітетів працівників із безпеки і здоров'я та (або) спільних комітетів із безпеки і здоров'я, у рамках яких співробітники мають бути представлені паралельно з роботодавцями. Усі вказані комітети або, де доречно, інші представники працівників мають володіти, зокрема, такими правами:

- отримувати необхідну інформацію з проблематики безпеки та здоров'я на роботі, мати змогу вивчати чинники, які впливають на безпеку й здоров'я на роботі, а також заохочувати висувати ініціативи щодо заходів у цій галузі;
- одержувати консультації у разі розроблення відмінних важливих заходів відносно безпеки й здоров'я на роботі, причому ще до їх реалізації;

- здобувати консультації у ході планування змін у процесах, складі роботи чи організації праці, що можуть мати наслідки для безпеки або здоров'я працівників;

- забезпечуватися захистом від звільнення й багатьох інших несприятливих для них заходів, у рамках яких вони виконують функції представників працівників чи членів комітетів із безпеки і здоров'я на роботі;

- мати доступ до усіх ділянок робочої зони і змогу обговорювати із працівниками у робочий час проблематику безпеки й здоров'я на роботі;

- мати змогу взаємодіяти на переговорах із проблематики безпеки й здоров'я на роботі, які здійснюються в установі;

- мати змогу в адекватних межах використовувати оплачуваний робочий час для виконання своїх функцій у сфері безпеки й здоров'я на роботі та здобувати підготовку, що пов'язану із вказаними функціями;

- звертатися до експертів за консультацією з визначених питань безпеки і здоров'я на роботі.

Ослаблення спалахів інфекції в установах й організаціях залежить від їх оперативного знаходження через скринінг та відстеження контактів. Усіх працівників необхідно повідомити про те, як віднаходити тривожні клінічні ознаки й симптоми. Працівникам слід постійно нагадувати про те, що у разі погіршення самопочуття необхідно залишатися удома, а після контакту із хворим на COVID-19 - слідувати на самоізоляцію. Разом із тим:

- на кожному підприємстві доцільно запровадити систему скринінгу працівників на предмет наявності відповідних симптомів, а також забезпечити швидке проведення лабораторних аналізів. Це має здійснюватися у конфіденційних й безпечних умовах. Інтенсивність протоколів скринінгу має демонстрували захворюваність у вказаній спільноті;

- доцільно встановити чіткі й узгоджені правила для співробітників, у яких винайдені симптоми COVID-19 або які контактували із хворим на COVID-19;

- доцільно розглянути питання щодо скринінгу працівників, що зазнають високого ризику зараження, шляхом експрес-тестування на антиген на місці згідно із керівних документів ВООЗ;
- від працівників, що поінформували про появу симптомів, які відповідають картині COVID-19, доцільно вимагати, щоби вони лишалися вдома;
- місцеві структури охорони здоров'я доцільно повідомити у випадку підозри на те, що випадок COVID-19 пов'язаний із трудовою діяльністю, і роботодавці у відповідності до національного законодавства повинні зобов'язані інформувати про це компетентну інспекцію праці;
- працівники, які підтримували належний адекватний фізичний контакт із хворими на COVID-19, мають, згідно із керівними документами ВООЗ, протягом 14 діб знаходитися на карантині [73].

Національні політики відносно COVID-19 на роботі мають ґрунтуватися на підході, що орієнтований на людину, у рамках якого пріоритет надається життю та здоров'ю, а також прогнозуванню й хеджуванню ризиків. Такі політики доцільно розробляти на підставі консультацій із найбільш представницькими організаціями роботодавців та працівників із додержанням Конвенції МОП 1981 року про безпеку та здоров'я на роботі, Конвенції МОП 1985 року про служби здоров'я на роботі, а також Конвенції МОП 2006 року про основи, що сприяють безпеці та здоров'ю на роботі.

Вказані міжнародні норми формують нормативну базу, що формує чітку систему трудових прав й обов'язків, визнає соціальний діалог на рівні країни в цілому й рівні організації критично важливим інструментом забезпечення результативного формування і реалізації політики й надає країнам настанови відносно створення результативної системи безпеки й здоров'я на роботі, що здатна відповідним чином реагувати на пандемію корона вірусної інфекції. Більш конкретно, вказані нормативні акти містять зазначені визначення:

- механізми співпраці між працедавцями, співробітниками й їхніми представниками в установах і потреба проведення роботодавцями консультацій

разом із працівниками й їхніми представниками з усіх аспектів БЗР, що пов'язані з їхньою роботою;

– усеосяжний принцип, у відповідності до якого роботодавці мають забезпечити, щоби підприємства, які перебувають під відповідним контролем, максимально у можливій мірі стали безпечними й не становили загроз для здоров'я, а співробітники додержувалися установлених правил БЗР;

– право співробітників лишати робоче місце за ситуації, яку вони мають усі підстави вважати такою, яка становить безпосередню та вагому небезпеку для їхнього життя чи здоров'я, у відповідності із національним законодавством та практикою.

Система нагляду за станом здоров'я на роботі щодо виявлення COVID-19 дозволяє посадовцям органів медицини й працедавцям оцінювати результативність заходів, які вживаються в установах, і володіє ключовим значенням для розуміння справжнього впливу пандемії на сферу праці. Вказані системи відіграють критично вагому роль у забезпеченні дотримання національних законів щодо виплати компенсацій працівникам. Водночас вони допомагають урядам країн виявити, які категорії співробітники входять до групи ризику і які види праці найбільше підданні ризику зараження коронавірусом.

Найбільш результативним методом є пасивний нагляд шляхом вже апробованих способів збирання даних. Італія визначила, що 19,4% випадків зараження COVID-19 трапилися саме через трудову діяльність, через відстеження вимог, що подані до Управління з компенсацій працівникам [54]. Водночас відомості щодо компенсацій співробітникам можуть характеризуватися обмеженим значенням, тому що єдина дефініція причинно-наслідкового зв'язку із трудовою діяльністю відсутня і такий зв'язок у ряді випадків заперечується. Доповнення професійною інформацією відомостей лабораторного тестування чи висновків лікарів має забезпечити корисні джерела інформації для активного нагляду за працюючим населенням. Водночас обов'язковий активний нагляд із боку роботодавців має викликати занепокоєння

стосовно недоторканності приватного життя пацієнтів та спроможності роботодавця визначити, чи є випадок COVID-19 дотичним до роботи.

Саме з урахуванням міркування відносно недоторканності приватного життя й технічні межі Управління з безпеки та здоров'я на роботі Сполучених Штатів переглянуло раніше видані керівні вказівки, що вимагали від роботодавців виявити, чи заразилися співробітники COVID-19 на роботі. У новій редакції вказаних указівок зазначено, що «роботодавців не слід зобов'язувати проводити масштабні медичні дослідження, з огляду на проблеми щодо недоторканності приватного життя працівників та відсутність у більшості роботодавців досвіду в цій галузі» [60]. Створення системи нагляду за станом здоров'я на роботі на предмет виявлення COVID-19 повинно здійснюватися відповідно до нижченаведених заходів політики.

Місцеві органи охорони здоров'я, що залучені у моніторингу контактів, мають користуватися підтримкою із боку структур здоров'я на роботі й відповідних фахівців-практиків у забезпеченні встановлення зв'язку захворювання із трудовою діяльністю. Інформація щодо трудової діяльності має збиратися шляхом опитування осіб із позитивним значенням тесту.

Критерії виявлення зв'язків із трудовою діяльністю мають враховувати встановлені випадки зараження на вказаному підприємстві, відомий контакт із вказаними особами, часовий зв'язок (контакт на роботі до виявлення симптомів і виявлення діагнозу), знаходження осередків зараження з-поміж інших працівників і відсутність іншого імовірного джерела інфекції, зокрема члена сім'ї.

Випадки, в яких є підозра щодо зв'язку із трудовою діяльністю, мають реєструватися у центральній системі звітності конфіденційного характеру. Систематизовані дані й тенденції мають оприлюднюватися й розповсюджуватися серед роботодавців та працівників.

Роботодавці мають повідомляти до органів інспекції праці щодо випадків COVID-19, які характеризуються виробничою травмою чи професійним захворюванням, згідно із національним законодавством.



Уразливі працівники, у т.ч. працівники-мігранти, співробітники, зайняті у неформальній сфері економіки, та представники національних і расових меншин, зазнають особливого ризику впливу небезпек, що пов'язані з роботою, відсутності гарантованого приходу й втрати роботи. Вони стикаються із додатковими негативним наслідками для психічного й фізичного здоров'я унаслідок обмеженого доступу до медичної допомоги, мовних та культурних бар'єрів, відсутності офіційних трудових договорів, обмеженого правового захисту й браку мереж соціальної допомоги. Держави-члени ВООЗ мають забезпечити додержання принципу, у відповідно до якого «володіння найвищим досяжним рівнем здоров'я є одним з основних прав будь-якої людини без розрізнення раси, релігії, політичних переконань, економічного чи соціального положення», включно разом з імміграційним статусом. Для захисту прав та здоров'я уразливих співробітників наполегливо рекомендується реалізувати зазначені заходи:

- заходи політики й захисту, окреслені уданому документі, включно з оплачуваною відпусткою у зв'язку з хворобою, карантинною відпусткою й захистом від несправедливого звільнення, мають забезпечуватися усім співробітникам незалежно від імміграційного статусу, статусу зайнятості, статі, національної й расової належності;

- необхідно забезпечити вразливим категоріям працівників доступ до послуг щодо тестування й охорони здоров'я;

- необхідно надати усім перекладені та викладені з урахуванням культурних особливостей настанови й відомості відносно охорони громадського здоров'я;

- слід забезпечити, щоб умови проживання й перевезення відповідали заходам з проблематики охорони здоров'я, разом із дотриманням фізичної дистанції, яка була би безпечною;

- доцільно включити вразливих співробітників до сфери дії національних систем нагляду у відповідності до стану здоров'я на роботі щодо виявлення COVID-19;

– в органах охорони здоров'я населення мають бути фахово підготовлені підрозділи для моніторингу контактів й тестування вразливих працівників враховуючи особливості культури й мови.

Докладнішу інформацію щодо захисту мігрантів за умов пандемії COVID-19 можна знайти у тимчасовій настанові ВООЗ щодо забезпечення готовності, профілактики й контролю COVID-19 серед біженців та мігрантів, а також в аналітичній довідці Міжнародної організації праці щодо захисту працівників-мігрантів у ході пандемії COVID-19 [49].

У цілому важливо, що розгортання кампанії вакцинації відіграватиме вагомую роль у захисті працівників й населення загалом. Україй важливо забезпечити справедливий розподіл вакцин, із наданням переваги співробітникам, котрі зазнають підвищеного ризику розвитку важкої форми COVID-19, і співробітникам, котрим загрожує підвищена небезпека зараження вірусом SARS-CoV-2.

ВООЗ і МОП продовжать взаємодіяти у сфері зміцнення здоров'я й безпеки працівників у ході відновлення після коронавірусної пандемії.

## РОЗДІЛ 3

### ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ГАЛУЗЗЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

#### **3.1. Зарубіжний досвід щодо запровадження профілактичних заходів в умовах пандемії Covid-19**

У березні 2020 р. Європа виявилася в епіцентрі пандемії коронавірусу. З моменту першого випадку, зафіксованого 24 січня 2020 р., усі 27 країн ЄС підтвердили на своїй території факти захворювання вірусом COVID-19.

Пандемія створила серйозні проблеми для європейської солідарності [31], практично паралізувала наднаціональний рівень прийняття й втілення рішень у ЄС, поставила під сумнів перспективи активного співробітництва у сфері свободи, безпеки й правосуддя, неухильного дотримання прав людини [42], викликала наростання економічних проблем і безробіття [57], скорочення доходів населення [40], зміцнила позиції євроскептиків [43].

Щоби забезпечити ключове право громадян – на життя й здоров'я – органи державної влади країн ЄС почали широкомасштабні заходи щодо стримування поширення коронавірусної інфекції. Ці заходи викликали безпрецедентні зміни у повсякденному житті країн ЄС і вплинули на здійснення багатьох положень Хартії ЄС про основні права (Страсбург, 12 грудня 2007 р.). При цьому три держави-члена ЄС – Естонія, Латвія й Румунія - використовували можливість, щоб відступити від зобов'язань, накладених Європейською конвенцією по правах людини через надзвичайну ситуацію, що допускає п. 1 ст. 15 цієї Конвенції. Тим часом основний принцип міжнародних стандартів у сфері прав людини говорить, що будь-які обмеження прав здійснюються у виняткових випадках, носять тимчасовий характер, зазнають моніторингу й контролю; певні права й свободи забезпечуються при будь-яких обставинах. До того ж обмеження, що впливають із вжитих заходів, повинні відповідати міжнародним правовим стандартам.

Пандемія з усією гостротою поставила на порядок денний питання про те, чи прийде ЄС вибирати між дотриманням прав людини й забезпеченням суспільної безпеки. Дана проблема мала найважливіше значення для стійкості ЄС [69]. На перший погляд, консенсус держави й суспільства в умовах пандемії, що почався, був забезпечений.

З'явилися докази того, що європейська громадськість готова прийняти обмеження основних громадянських прав. Наприклад, Австрійський інститут дослідження громадської думки Дж. Геллапа з 16 по 18 березня 2020 р. провів опитування осіб у віці 16 років і більше, у ході якого 94 % респондентів вказали, що пожертвують поруч своїх цивільних прав і воль, якщо це допоможе запобігти поширенню коронавірусу [34]. Однак погрози, що виникли у зв'язку з пандемією, могли у будь-який момент похитнути консенсус європейського суспільства [44].

Заходи соціального (фізичного) дистанціювання.

На перший план з погляду масштабності й відносної простоти реалізації висунулися заходи щодо забезпечення безпечної соціальної (фізичної) відстані. 12 березня 2020 р. Європейський центр профілактики й контролю захворювань (ECDC) визначив перелік необхідних заходів для пом'якшення впливу пандемії, включаючи негайну ізоляцію осіб із симптомами захворювання COVID-19, припинення масових зборів [45], соціальне (фізичне) дистанціювання на робочих місцях або переведення співробітників на дистанційну роботу, тимчасове припинення діяльності навчальних закладів в очному форматі, запровадження карантину в житлових районах з високим рівнем поширення корони-вірусу.

Синхронність дій держав-членів ЄС у забезпеченні соціального дистанціювання була відсутня [28]. Вони ввели такі заходи в різний час і з неоднаковою інтенсивністю. На ранніх етапах пандемії влада в країнах Євросоюзу пішла по порівняно м'якому шляху [46], зобов'язавши інфікованих і підданих ризику зараження осіб самотійно ізолюватися. У деяких країнах (Болгарія, Італія) було ухвалене рішення запровадити карантин у цілих провінціях і містах. У федеративних державах (наприклад, у Німеччині) окремі

суб'єкти вжили свої карантинні заходи. Ряд країн ЄС (Хорватія тощо) зупинили громадський транспорт, а інші (Греція, Франція, Італія, Іспанія) – запровадили заборону на його пересування без спеціального дозволу.

Методи контролю для забезпечення дотримання даних заходів також відрізнялися. В Угорщині попереджуючою табличкою червоного кольору на двері відзначалися приміщення, де проживає людина, зобов'язана залишатися на карантині; поліція регулярно перевіряла, як вона дотримувалася режиму ізоляції. Особи, що порушують правила карантину, зазнали штрафів у сумі до 425 євро. Крім фінансових санкцій, у просторі ЄС було запроваджене карне покарання: позбавлення волі за невиконання карантинних заходів (наприклад, до трьох місяців у Бельгії).

Вагомими були обмеження в діяльності освітніх установ. Країни ЄС, за винятком Швеції, до кінця березня 2020 р. у зв'язку з поширенням вірусу COVID-19 тимчасово закрили навчальні заклади для відвідування учнями й студентами. Разом із тим, третина країн ЄС (Австрія, Бельгія, Чехія, Данія, Естонія, Німеччина, Угорщина, Нідерланди й Словенія) залишили школи відкритими для дітей, чиї батьки були вимушені лишатися у період пандемії на робочому місці, а також для родин, у яких догляд за дітьми забезпечувався літньою родичкою.

Крім того, держави-члени ЄС запровадили дистанційне навчання, яке полягало у відправленні домашніх завдань учнів по електронній пошті, записи уроків в Інтернеті, використанні онлайн-платформ і освітніх застосунків для спілкування викладачів зі школярами й студентами. Австрія, Франція й Словенія надали для дистанційного навчання урядові онлайн-платформи, в той час як у Хорватії, Угорщині й на Кіпрі освітні матеріали транслювалися по телебаченню. Однак не всі навчальні заклади, з одного боку, і студенти – з іншого, виявилися власниками необхідних технічних засобів для здійснення дистанційного навчання. За підрахунками Євростату в 2019 р. 10 % відсотків домогосподарств у державах-членах ЄС не мали доступу в Інтернет. У ряді країн ЄС (Кіпр, Болгарія, Греція) освітній процес у центрах для біженців був припинений.

Корисною практикою стало надання необхідного устаткування для учнів із родин з низьким рівнем доходів. Так, у Хорватії школам було поручено забезпечити комп'ютерами учнів, котрі не мали матеріальної змоги для їхнього придбання. Розуміючи ускладнення навчальних закладів, уряд Хорватії виділив школам близько 500 тис. євро для закупівлі комп'ютерів [34]. Також школи були зобов'язані надати безкоштовні сім-карти на необмежений термін тим своїм учням, які не мали домашнього Інтернету.

Розглядаючи доступ до послуг організацій охорони здоров'я, слід вказати, що пріоритет лікування COVID-19 поставив під сумнів право кожного на медичну допомогу на умовах, передбачених національним законодавством і практикою (ст. 35 Хартії Європейського союзу про основні права). У ряді країн ЄС відклали нетермінове хірургічне втручання, щоби вивільнити медичних працівників для боротьби із коронавірусом. Це, у свою чергу, сформувало значний ризик для пацієнтів з іншими серйозними захворюваннями, - наприклад, онкологічними. Основна проблема полягала у тому, що європейська система охорони здоров'я виявилася не готова до боротьби з великою кількістю важких випадків зараження вірусом [52; 32].

Виникла ситуація, в умовах якої лікарі повинні були робити важкий вибір: кому з пацієнтів надавати допомогу в першу чергу. Незабаром з метою інструктування медичних установ в Італії й Іспанії з'явилися посібники, за допомогою яких визначалися пріоритети в частині того, яких хворих раніше інших потрібно лікувати від вірусу COVID-19. Ключовими критеріями стали вік пацієнта й наявність/відсутність супутніх патологій. Це викликало негативну реакцію медичних працівників у країнах ЄС. В Страсбурзі у Франції лікарі колективно виразили обурення тим, що керівництвом лікарень і клінік до апаратів штучної вентиляції легенів було вирішено не підключати хворих у віці старше 80 років.

Побоювання викликали також проблеми з доступом до медичної допомоги, які виникли у певних груп населення. Представники малих етнічних груп мали більш високий ризик зараження у силу несприятливих умов життя.

Так, у Швеції п'ять із перших п'ятнадцяти смертельних випадків, пов'язаних з COVID-19, відбулися серед біженців із Сомалі, що проживали у перенаселених і соціально неблагополучних країнах Стокгольма.

Виникли проблеми з доступом до профілактичної медичної допомоги для людей, що перебувають у в'язницях і притулках; для душевнохворих мігрантів; до медикаментів через ріст цін на тлі високого попиту в період пандемії. У ряді держав-членів Євросоюзу (Болгарії, Чехії й Франції) були встановлені верхні межі цін на ліки. У Португалії були збуджені кримінальні справи за одержання прибутку від незаконного продажу спиртовмісного гелю.

Підтримка вразливих суспільних груп полягає у тому, що заходи, вжиті органами влади у контексті пандемії коронавірусу, стосувалися відмінних суспільних груп, у тому числі й ті, які виявилися в особливо вразливому положенні.

На початку пандемії Всесвітня організація охорони здоров'я вказала, що люди похилого віку, що живуть в установах інтернатного типу (будинках старих), піддані більшому ризику захворювання COVID-19 у зв'язку з віковим послабленням здоров'я й ускладненням у дотриманні соціального дистанціювання. Підкоряючись необхідності, більшість держав-членів ЄС пішли шляхом тимчасового обмеження або призупинення візитів у такі соціальні установи у спробі запобігти поширенню коронавірусу. Це викликало негативну реакцію з боку правозахисників. Так, словенський омбудсмен із прав людини попередив, що обмеження із відвідування будинків старих повинні бути обґрунтованими [34]. Тим часом у будинках осіб похилого віку були зафіксовані множинні випадки зараження COVID-19, а необхідної соціальної відповідальності співробітники цих будинків не виявили. У Мадриді персонал приватних будинків старих, побоюючись за своє здоров'я, перестав ходити на роботу після того, як у ньому виявилися випадки захворювань коронавірусом. Хворі підопічні були залишені без догляду, що привело до смерті 25 осіб.

Державні органи країн ЄС докладали зусиль для забезпечення доступу людей похилого віку до життєво важливих послуг і інформації. На Мальті літні

були занесені в базу за назвою «Аптека по вашому вибору», після чого одержували двомісячний запас ліків. Це дозволяло скоротити час їх перебування в суспільному просторі, а виходить, зменшити ризик зараження COVID-19. Люксембург розробив онлайн-платформу для того, щоб люди похилого віку могли придбати всі необхідні товари. У Словаччині був введений у дію телефон довіри для пенсіонерів, а в соціальних мережах була розміщена інформація про те, на яку допомогу з боку держави вони можуть розраховувати.

13 березня 2020 р. Європейський форум інвалідів (EDF) у відкритому листі до лідерів ЄС і його держав-членів проаналізував коло погроз відносно інвалідів, у тому числі призупинення надання послуг, необхідних для підтримки їх життєдіяльності. Це підвищувало ризик розвитку серйозних захворювань або навіть смерті осіб з обмеженими можливостями здоров'я. Країни ЄС вжили різних заходів по дотриманню прав і задоволенню потреб інвалідів. Болгарський уряд відкрив муніципалітетам додаткове фінансування у сумі 10 млн. євро для надання прямої грошової підтримки соціально незахищеним, насамперед інвалідам. Проте проблеми збереглися. Більшість із них була пов'язана з відмовою від соціальних зобов'язань державних і приватних компаній, що відчували серйозні ускладнення у зв'язку з істотним скороченням доходів. 20 березня 2020 р. Національне товариство бельгійських залізниць (SNCB) оголосило про скасування пільг для осіб з обмеженими можливостями. У Словаччині були припинені безкоштовні групові заняття із навчання юридичному захисту, проведені Асоціацією осіб з обмеженими інтелектуальними можливостями.

У важкому положенні виявилися бездомні, які за зрозумілими причинами не могли самоізолюватися. Європейська федерація національних організацій по роботі з бездомними (FEANTSA) відзначила, що вони виявилися у зоні особливого ризику зараження COVID-19.

У декількох державах-членах ЄС врахували цю обставину при плануванні й реалізації заходів, що стримують поширення коронавірусу. Наприклад, у Латвії були перевірені на наявність симптомів COVID-19 усі особи, що знаходяться у



притулках для бездомних. У Хорватії організували контроль за бездомними, які вживали їжу на громадських кухнях. Муніципалітети Нідерландів сформували спеціальний житловий фонд для бездомних, заражених коронавірусом. Міністр житлового будівництва Франції оголосив, що держава витратить 50 млн. євро на розміщення громадян, що залишилися без житла. У ряді країн Євросоюзу позначилися серйозні проблеми: у Німеччині й Люксембурзі стали відомі випадки ненадання послуг бездомним, що офіційні особи намагалися пояснити відсутністю необхідних засобів індивідуального захисту для працівників соціальних установ. В Ірландії безліч бездомних була розміщена в аварійному житлі, що вимагає капітального ремонту.

Отже, соціальний шок періоду пандемії привів до актуалізації конфлікту між дотриманням прав людини й необхідністю їх обмеження у надзвичайній епідеміологічній ситуації. Різко загострилося протиріччя між громадянськими й державними інтересами, подолати яке країни-члени Євросоюзу виявилися не в змозі. Їхні зусилля були спрямовані на пом'якшення наслідків тих обмежень, які довелося ввести у зв'язку з загрозою масового зараження вірусом COVID-19. Члени ЄС не продемонстрували єдності у термінах і змісті антикризових заходів, намагаючись діяти залежно від складної обстановки в їхніх регіонах. Соціальна політика в умовах росту захворювань коронавірусом зазнала трансформації, зосередивши увагу на заходах фізичного дистанціювання, тимчасового припинення освітнього процесу в очному форматі, зусиллях у сфері охорони здоров'я, виділенні додаткової допомоги соціально слабким верствам населення.

На цьому шляху країни Євросоюзу зіштовхнулися з рядом серйозних труднощів, які слідували з непередбачуваністю ключових суспільних інститутів до зустрічі з пандемією коронавірусу. Під погрозою виявилось ключове право людини на медичну допомогу, оскільки система охорони здоров'я країн ЄС не мала достатній запас ресурсів, необхідних для надання допомоги всім зараженим COVID-19. У ряді держав ЄС медичні установи, керуючись інструкціями влади, фактично прирекли на смерть багатьох громадян старшого покоління. Не із кращої сторони зарекомендувала себе й система недержавних соціальних

організацій, що здійснювали догляд за людьми похилого віку. Виявилися істотні проблеми у сфері освіти, породжені браком комп'ютерної техніки й відсутністю Інтернету в ряду домогосподарств у країнах Євросоюзу.

### **3.2. Комунікативна складова та інформування населення в умовах пандемії як основа попередження**

У період пандемії COVID-19 уряду й громадськості «борються» не тільки з вірусом SARS-Cov-2, але й з інфодемією («епідемією» недостовірної інформації, спалахами слухів), яка ускладнюється глобальним масштабом надзвичайної ситуації й поширюється за допомогою медіа. У відповідь на інформаційну епідемію країни направляють значну кількість ресурсів на стримування поширення дезінформації, забезпечення доступності достовірних знань про COVID-19 для громадськості.

Дезінформацію можна визначити як неправильні або неточні відомості, не підтвержені науковими даними. Використовуються наступні формати для продукування й просування дезінформації про пандемію: емоційні наративи й меми; сфабриковані або деконтекстуалізовані зображення й відео; подроблені веб-сайти, набори даних і джерела; організовані кампанії по поширенню неправильних фактів [63]. Пріоритетні теми дезінформації в контексті COVID-19: походження й способи передачі вірусу (в тому числі теорії змови), статистика хвороби, економічні наслідки пандемії, симптоми, діагностика, лікування, вакцинація.

Інфодеміологія (тобто інформаційна епідеміологія) - міждисциплінарна наука у сфері інформатики охорони здоров'я, що використовує онлайн-дані для дослідження інфодемії, моделей поширення зв'язаної зі здоров'ям (дез)інформації, виявлення, вивчення й прогнозування захворювань [55]. Методологія інфодеміології використовується для вирішення проблем у системі охорони здоров'я, інформування громадськості й агентів публічної політики.

Італійські дослідники Р. Галлотті, Ф. Валле, Н. Кастальдо, П.Л. Сакко, М. де Доменіко у рамках проекту COVID-19 Infodemics Observatory, реалізованого Лабораторією комплексних багатшарових мереж Фонду Б.Кесслера разом із Центром Беркмана із вивчення Інтернету й суспільства Гарвардського університету й Міланським університетом лінгвістики й комунікацій, розробили індекс інфодеміологічного ризику. Індикатор фіксує масштаби схильності різних держав відомостям з ненадійних джерел інформації. Учені проаналізували більш 112 млн. повідомлень у Twitter, опублікованих на ранніх стадіях поширення нової коронавірусної інфекції з 22 січня по 10 березня 2020 р. у 162 країнах [29], щоби зрозуміти цифровий відгук у соціальних мережах на спалах COVID-19.

З'ясувалося, що відсутня суворя кореляція рівня інфодеміологічного ризику зі станом національної економіки. Дослідники відзначають країни «великої сімки» з помітним інфодеміологічним ризиком (наприклад, Німеччина – 0,233, США – 0,257) і країни, що розвиваються, із більш низьким рівнем ризику (наприклад, Пакистан – 0,068, Чилі – 0,073, Філіппіни – 0,042). По мірі ескалації пандемії спостерігається зниження показників інфодеміологічного ризику: збільшення числа заражень стимулює перемикання уваги громадськості на більш надійні джерела інформації.

Розуміння того, як поширюється дезінформація про COVID-19, має істотне значення для вироблення ефективних відповідних заходів. Своєчасна трансляція точних, науково обґрунтованих даних про вірус і пандемію, а також про хід відповідних заходів стимулює дотримання громадськістю вимог публічної політики, рекомендацій медичних організацій. Політична реакція на COVID-19 у багатьох країнах стала іспитовим майданчиком для перевірки ефективності цифрових інструментів, використовуваних із метою публічного управління інфодемією, інформування населення про ризики в умовах «корона кризи».

Антиінфодемічні ініціативи публічної політики диференціюються на наступні види: моніторинг, фактчекінг, виявлення неправильних даних про

COVID-19, державне регулювання за допомогою формування медіаекосистеми, середовища функціонування виробників і розповсюджувачів дезінформації (законодавство, криміналізація публікації неправдивих відомостей, кампанії по боротьбі з інфодемією, продукування й дистрибуція офіційного контенту, податкові пільги ЗМІ, політика цифрової інклюзії).

Також до подібних втручань відносяться редагування, керування й модерація контенту, економічні (заборона на рекламу, демонетизація неправильної або фейкової інформації про COVID-19) і технологічні (алгоритмічні) заходи, що вживають медіа, орієнтовані на підтримку цільової аудиторії дезінформаційних кампаній, розвиток навичок «опірності інфодемії» у одержувачів повідомлень (освітні проекти, маркування вірогідності контенту тощо), підготовка журналістів з питань охорони здоров'я й науки [63].

Перераховані вище ініціативи носять наскрізний характер, реалізуються різними акторами публічної політики (уряди, соціальні медіаплатформи, традиційні ЗМІ, наукове співтовариство, громадянське суспільство тощо), повинні відповідати міжнародним стандартам у сфері прав людини (забезпечення доступу до інформації, недоторканності приватного життя, свободи вираження думок). Урядам доводиться балансувати між необхідністю зберегти свободу слова громадян і обмеженням поширення фейкових новин про коронавірусі.

До ініціатив онлайн-платформ по боротьбі з дезінформацією про COVID-19 відносяться: пріоретизація контенту про вірус, що опублікований авторитетними джерелами; співробітництво з органами охорони здоров'я, фактчекінговими структурами для виявлення й видалення дезінформації; надання безкоштовних рекламних майданчиків ВООЗ і національним органам охорони здоров'я з метою оповіщення користувачів про поширення COVID-19 [30]. Соціальні платформи (Facebook, Twitter, Google) заборонили рекламу медичних масок, респіраторів, що дезінфікують засобів. Технологічні

компанії (YouTube, Facebook, Microsoft, Google, Reddit, Twitter, LinkedIn) співробітничать із державними установами охорони здоров'я у боротьбі із шахрайством і дезінформацією про COVID-19.

У ході партнерства з органами охорони здоров'я соціальні платформи визначають пріоритетність розташовуваної інформації й рекомендацій, забезпечуючи їх візуальну доступність громадянам. Facebook, Instagram, TikTok і Pinterest направляють користувачів, що шукають інформацію про COVID-19, до офіційних джерел, контенту ВООЗ. Google запустив сервіс SOS Alert, що дозволяє одержати надійну й точну інформацію про коронавірус. YouTube розмістив на своїй домашній сторінці відеоролики міністерств національної охорони здоров'я. Facebook запустив сторінку «Центр інформації про коронавірус (COVID-19)». WhatsApp увів обмеження на масове розсилання повідомлень.

Facebook співробітничав з фактчекінговими службами, щоби спростовувати чутки про COVID-19. ВООЗ і інші авторитетні організації одержали безкоштовний рекламний кредит від Facebook і допомогу в розміщенні реклами від Google. У свою чергу, Twitter розширив визначення шкоди, включивши у нього контент, який прямо суперечить рекомендаціям авторитетних джерел глобальної й місцевої інформації у сфері охорони здоров'я. Відповідно до рекламної політики Twitter до неприйняттого контенту не відносяться повідомлення про COVID-19 від урядів, ВООЗ, окремих новинних медіа, однак у списку виключень відсутні наукові організації.

Міжнародна мережа фактчекінгових організацій розробила для WhatsApp чат-бота. За допомогою Mgov Corona користувачі верифікують контент у спеціальній базі даних Coronavirusfacts. У серпні 2020 р. WhatsApp почав тестування (у шести країнах) нової функції, яка дозволяє самостійно здійснювати фактчекінг вірусних повідомлень шляхом пошуку контенту в Google.

Організація економічного співробітництва й розвитку (ОЕСР) підготувала наступні рекомендації з подолання дезінформації про коронавірусної інфекції: підтримка фактчекінгових організацій, комбінація технологій автоматичної фільтрації контенту за участю модераторів-людей, регулярний випуск платформами звітів про прозорість інформації про COVID-19, розвиток навичок цифрової медичної грамотності в користувачькому середовищі [33]. Автоматична модерація контенту за допомогою алгоритмів (на відміну від ручної перевірки) не завжди ефективна у делегітимації недостовірної інформації: можливе помилкове маркування повідомлень із авторитетних джерел як спама тощо.

Г. Айзенбах запропонував модель «інформаційного пирога», відповідно до якої поточна інфодемія відбувається на декількох рівнях: науковому, політичному й медійному (традиційні ЗМІ й соціальні мережі). Спираючись на даний концепт, дослідник виділяє чотири стовпи управління інфодемією: моніторинг онлайн-інформації, «великих даних» (big data), пошукових запитів у мережі з метою відстеження спалахів захворювань (інфоспостереження); розвиток компетенцій громадян у сфері цифрової охорони здоров'я; фактчекінг, експертна оцінка інформації; точна трансляція/циркуляція знань між науковим, політичним, медичним, медійним співтовариствами [39].

За підсумками глобальної краудсорсингової онлайн-консультації з експертним співтовариством (квітень 2020 р.) ВООЗ підготувала рамкову концепцію управління інфодемією в умовах надзвичайної ситуації у сфері охорони здоров'я [27]. Постулюється необхідність формування й розвитку стратегічного партнерства між науковим і технічним співтовариствами, урядами, громадянським суспільством, медіа, органами охорони здоров'я, фактчекінговими структурами й іншими зацікавленими сторонами. У число відповідних заходів входять:

- наукова обґрунтованість регуляторної політики;
- транспонування підтверджених наукових даних у політичні практики реагування на надзвичайні ситуації;

- зрозумілий і доступний для різних аудиторій, включаючи вразливі групи, багатомовний контент;
- звертання до ключових співтовариств для розв’язання їх проблем і задоволення інформаційних потреб;
- формулювання загальної термінології для опису інфодемії.

Підкреслюється важливість розробки підходів і стандартів, спрямованих на зміну повідомлень у сфері стримування інфодемії по мірі збільшення знань про хворобу й патоген, включення спростувань необґрунтованих заяв про COVID-19 у стандартну практику звітності установ, використання досвіду, отриманого в ході попередніх епідемій.

Отже, у цифрових суспільствах відбувається паралельний розвиток епідемічного й інфодемічного виміру COVID-19. Тому необхідна розробка комплексних підходів до громадської охорони здоров’я, у рамках якої біологічні й інформаційні аспекти епідемії рівною мірою визнаються й регулюються. Стимування пандемії й пов’язаної з нею інфодемії вимагає швидких, регулярних, скоординованих дій з боку суспільства й уряду. Під час відсутності надійних терапевтичних стратегій відповідальна поведінка, заснована на достовірній інформації на всіх рівнях, є важливою змінною для пом’якшення наслідків COVID-19. Своєчасне перетворення наукових фактів у знання для людей з урахуванням рівня цифрових компетенцій населення, специфіки місцевої культури, мови, контексту має істотне значення для боротьби з дезінформацією й порятунку життів у міру розвитку пандемії. Стійкість до дезінформації залежить від високого рівня навичок критичного мислення, цифрових компетенцій і грамотності в питаннях здоров’я. Ключ до ефективного реагування на інфодемію – міжсекторне партнерство. Ефективність можливих заходів реагування на інфодемію, пов’язану з COVID-19, зростає залежно від ступеня співробітництва уряду, органів охорони здоров’я, НКО, соціальних платформ, технологічних компаній, медіа, наукового співтовариства.

### **3.3. Рекомендації щодо вдосконалення управління галуззю охорони здоров'я в умовах пандемії**

Рекомендації щодо вдосконалення управління галуззю охорони здоров'я в умовах пандемії також пов'язані з інформаційним виміром означених процесів.

Поява Інтернету й соціальних мереж полегшила поширення інформації й вільного доступу до неї. Як вже зазначалося у попередньому підрозділі, фейкові новини, або фейк-ньос, – одна із головних загроз сучасності: люди схильні довіряти інформації, що узгоджується з їхніми особистими переконаннями й відкидати будь-яку перевірку фактів, що дисонує з ними. Деякі фахівці говорять про формування в сучасному світі так званої партизанської ідеології, що знаходить відображення у надмірній активності споживачів неправильних новин надалі поширювати перекручену інформацію [36].

В умовах коронавірусної пандемії в усьому світі кількість фейків значно збільшилася, і не тільки в новинних зведеннях, що стосуються пандемії. Доводиться визнати, що причетними до поширення фейкових новин виявляються представники всіх держав. Нерідко ЗМІ нагнітають ситуацію й провокують ксенофобію. Той факт, що обвинувачення у поширенні неправильних відомостей практично щодня направляються представниками одних держав на адресу інших, є незаперечним свідченням того, що інформаційна війна в умовах пандемії набирає обороти, одержавши містку назву «інфодемія» (інформаційна епідемія). Цією назвою зобов'язані Всесвітній організації охорони здоров'я (ВООЗ), на сайті якої відзначається, що «феномен інфодемії», що виник на хвилі пандемії COVID-19, прийняв таких масштабів, що постало питання про необхідність прийняття скоординованих відповідних заходів.

Інфодемія, поширюючись у кілька раз швидше самого коронавірусу, перешкоджає пошуку інформаційних джерел, що заслуговують довіри,



ускладнює доступ до перевіреної інформації, не дозволяє розмежувати достовірну й недостовірну інформацію; у результаті в суспільстві виникає паніка, що у ряді випадків ускладнює й перешкоджає проведенню протиепідеміологічних заходів. Глава ВООЗ доктор Тедрос Адханом Гебрейесус із жалем констатує: «Ми боремося не тільки з епідемією, але ще й з інфодемією. Фейк-ньос поширюються швидше й набагато простіше, чим сам вірус, при цьому є не менш небезпечними, чому він»[43].

Утім, хоча інфодемію неможливо зупинити, їй можна перешкоджати. Так, ефективними заходами із боротьби з інфодемією на фоні коронавірусної інфекції може стати роз'яснювальна й просвітницька робота, спрямована на оцінку й проведення заходів, що мають в основі наукову базу, поряд з виявленням і припиненням недостовірної, неточної або неправильної інформації. Більше того, визнання необхідності «інфодеміології» – науки про те, як протидіяти інфодемії, – показує, що інфодемія дійсно сприймається у світовому співтоваристві як досить серйозна проблема, що вимагає пильної уваги й негайного розв'язання.

На фоні інфодемії у віртуальному просторі й на сторінках провідних ЗМІ з'являються різні теорії (у тому числі конспірологічні), ніким не підтвержені й не спростовані – про походження вірусу, способах його поширення й зараження тощо, нерідко супроводжувані нібито «доказами» у вигляді посилань на «достовірні джерела», учених, схеми тощо. При цьому найбільш притягальними стають різні теорії змови, адаптовані до місцевих реалій. У країнах з великою часткою літнього населення поширюються чутки про те, що коронавірус «покликаний» скоротити кількість осіб похилого віку, заощадивши на соціальних пенсіях, у той же час звільнивши необхідна кількість робочих місць для більш молодих поколінь. Нерідко теорії прямо суперечать один одному.

Однією з основних платформ, де циркулює інформація, що вводить в оману, є соціальні мережі, оскільки у них, як правило, погано пророблена або відсутня система контролю якості величезних обсягів вхідної інформації.

У міжнародному кіберпросторі самими популярними є інфодемічні наративи, що заперечують небезпеку розвитку хвороби і трактують заходи щодо боротьби з новою інфекцією як маніпуляція влади для досягнення якихось прагматичних цілей. Такі наративи, на думку дослідників, мають компенсаторну функцію, даруючи людям почуття безпеки у ситуації хаосу й невизначеності. Інтерес населення до подібних сюжетів найчастіше пов'язаний з падінням довіри до інститутів влади й офіційним джерелам інформації [43].

Також становить інтерес дослідження іспанських учених, Х.Пулідо та її колег, які поставили перед собою наступні завдання: розкрити механізми циркуляції фейкової й доказової інформації в Twitter; вивчити залучення користувачів, вимірявши її через кількість їх ретвітів; визначити наслідки отриманих результатів [36]. У зв'язку із цим була розроблена діалогічна кодова книга (dialogic codebook), що містила чотири категорії: неправильна інформація, науково обґрунтовані докази, твіти з фактами, які пройшли перевірку, а також змішана інформація. Також у ході аналізу в кодову книгу були включені інші категорії: інші факти, недійсні твіти тощо. Дослідники намагалися розглядати аналізовані твіти у загальному контексті, а не окремо, що забезпечило більш надійну й нюансовану оцінку.

Як показують дослідження, цілі у розповсюджувачів фейкових новин можуть бути самі різні: з одного боку, посіяти паніку в суспільстві, у тому числі заради забави, з іншого боку – заспокоїти аудиторію, применшивши масштаби й небезпека пандемії нового коронавірусу.

Іноді страх перед незрозумілою інфекцією буквально паралізує людей, змушуючи вірити будь-якому повідомленню про її походження, якості, властивості, методи і способи боротьби з нею. Це підтверджує теза про те, що у період соціальної нестабільності фейкові новини поширюються особливо швидко. Причиною поширення чуток часто стає прагнення людини хоча б у якійсь мірі одержати відповіді на запитання, які її турбують і на які вона не може одержати відповіді іншим способом [37].

В екстремальних умовах людина стає легко вразливою, а її індекс критичності при сприйнятті будь-якої інформації, у тому числі й фейкової, стає досить низьким [37]. Дезінформація створюється й поширюється з навмисною метою обдурити, часто для одержання економічної вигоди. Дезінформація підриває довіру до всіх інститутів суспільства, цифровим і традиційним засобам масової інформації, завдає шкоди демократичним свободам, обмежує здатність громадян ухвалювати зважені рішення. До негативних результатів дезінформації слід віднести серед іншого: посилення напруженості й конфронтації у суспільстві, погрозу національній безпеці, до довгострокових негативних наслідків – зниження економічного розвитку. В окремо взятої людини фейкові новини викликають емоційний, фізіологічний дискомфорт, що може унаслідок привести навіть до психічних розладів.

Особливий інтерес становлять труднощі, з якими стикаються люди при пошуку надійних джерел інформації, пов'язаної з коронавірусом. Інфодемія створює додаткові складності. Згідно із представниками ВООЗ, в умовах поширення коронавірусної інфекції активізувалися злочинці, котрі збувають великі партії підроблених лікарських засобів. Інфодемія вводить людей в оману й перешкоджає ефективному регулюванню системи охорони здоров'я й створює плутанину й недовіру серед людей. Більше того, через експоненціально зростаючого потоку дезінформації й чуток, у першу чергу за соціальних мережами, відбувається маніпулювання інформацією, що початково несе сумнівні наміри [71]. Також відзначається, що, згідно статистичним даним, пошук за запитом «COVID-19» в Інтернеті підвищився на 50-70% серед усіх поколінь, притому що більшість ресурсів містять дезінформацію (наприклад: вірус не може вижити в спекотну погоду; високі дози препарату хлорохін допоможуть захиститися від вірусу; споживаючи велику кількість імбиру й часнику, можна убезпечити себе від вірусу), яка, циркулюючи й споживаючись дуже швидко, змінює поведінку осіб і ставить під загрозу, зокрема, усю світову систему охорони здоров'я, що не може не викликати стурбованість серед представників ВООЗ.

На протипагу поширення фейкової інформації була заснована компанія з мовлення під назвою «Руйнівники міфів», що працює Facebook, Google, YouTube, Pinterest, Tencent, Twitter, Tiktok. У коло обов'язків співробітників компанії входить виявлення свідомо неправильної інформації, яка може загрожувати суспільному здоров'ю [70; 71].

Серед загальних правил, рекомендованих фахівцями у період інфодемії, які мають: припинити поширення фейкових новин; захищати конфіденційність; перевіряти якість інформації; інформувати відповідні служби про фейкові новини; відповідально поводитися в соціальних мережах; вказувати джерела, з яких була взята інформація [70; 71].

Ніл Уолш, що очолює відділ по боротьбі із кіберзлочинністю й відмиванням коштів Управління ООН по наркотиках і злочинності, звертає увагу на необхідність розрізняти надійні й ненадійні джерела інформації. До перших він відносить, у першу чергу, матеріали Всесвітньої організації охорони здоров'я і Організації Об'єднаних Націй, відзначаючи, що система установ, фондів і програм ООН є надійним джерелом авторитетної інформації, пов'язаної з коронавірусом, за багатьма напрямкам. Саме у часи криз кібербезпека критично важлива, оскільки величезне число людей опиняться в ізоляції й Інтернет стає єдиним способом зберегти зв'язок зі світом, що робить їх потенційними жертвами кіберзлочинців. Особливо вразливою категорією у цьому випадку стає підростаюче покоління, яке у силу віку й відсутності життєвого досвіду й спеціальних знань не може розрізняти реальний і віртуальний світ [70; 71].

Таким чином, феномен дезінформації у сфері протидії коронавірусної інфекції носить транснаціональний характер. Багато держав борються з фейковими новинами на законодавчому рівні.

Під час обговорення проблеми інфодемії важливий пошук визначених стратегій, які дозволять зробити наукові знання максимально зрозумілими широким верствам населення. Поширення нових технологій та Інтернету дозволило демократизувати доступ громадян до тих або інших електронних

ресурсів. Разом із тим, актуалізується необхідність у розвитку у людини ХХІ ст. навичок критичного мислення й адекватної реакції на лавиноподібне зростання вхідної інформації.

Основні пріоритети діяльності Міністерства охорони здоров'я у 2022 році приведені на рис.3.1

– Посилення санітарно-епідеміологічної служби
– Вакцинація від коронавірусної інфекції
– Підвищення якості медичних послуг
– Підвищення заробітної плати медичних співробітників
– Удосконалення тарифної політики
– Боротьба з корупцією у системі охорони здоров'я

Рис.3.1. Основні пріоритети діяльності МОЗ України в умовах пандемії COVID-

## ВИСНОВКИ

Таким чином, розглянувши тематику даної роботи, ми прийшли до таких висновків (у відповідності до науково-дослідницьких завдань, поставлених у вступі до даного дослідження), ми прийшли до таких висновків:

1. Досліджені теоретико-методологічні засади управління галуззю охорони здоров'я в умовах пандемії. Епідемічна ситуація у світі залишається складною, а наслідки для держав варіюється залежно від обсягу та своєчасності вжитих раніше окремими урядами обмежувальних заходів.

Ми спостерігаємо практично у всьому світі значні проблеми, пов'язані з поточним станом функціонування систем публічного управління загалом та діяльності органів публічної влади зокрема, які мають протидіяти кризовим ситуаціям, що спричинені епідемічними викликами, та різноманітним ризикам різного характеру.

Ситуація зі смертністю від коронавірусу «COVID-19» в світі та Європі упродовж 2020 року не покращувалася, проте кількість інфікованих поступово зменшувалася. Прогнозувалося, що упродовж другої половини 2021 року окремі країни ЄС незабаром почнуть відновлюватися після пандемії коронавірусу, хоча цей процес буде тривалим і складним. Події кінця 2021 – початку 2022 року підтвердили цей прогноз.

Станом на березень 2020 року ніхто не знав, наскільки глибокою і тривалою буде криза, викликана коронавірусом COVID-19. Ситуація вимагала від системи публічного управління виробити правильні стратегію й тактику розвитку країни та її регіонів у кризовий період і знайти сили й можливості для подальшого прогресу з урахуванням того, що тенденції просторового розвитку економіки також містили у собі потенційні джерела ризиків для стійкості всієї соціально-економічної системи країни, для цілісності й безпеки нашої держави, для благополуччя її населення

Станом на 2022 рік ситуація навколо поширення COVID-19 у світі залишається складною. Національні уряди країн ЄС (Велика Британія, Франція,

Австрія, Румунія) прийняли рішення частково пом'якшити карантинний режим, однак уникають одномоментного пом'якшення обмежень через пересторогу виникнення чергової хвилі захворювання. Разом із тим зростання кількості нових випадків хвороби розглядалося як неминучий наслідок реалізації стратегії контрольованого набуття колективного імунітету (Велика Британія, Швеція).

COVID-19 протестував систему влади нашої держави на спроможність ефективно управляти країною в складних умовах прийняття управлінських рішень, вагомих обмежень і ризиків. Епідемія коронавірусу негативно позначилася на економіці країни, ріст вітчизняного ВВП практично зупинився. Об'єктивно оцінюючи прийняті державою заходи, можна зробити висновок: наша країна пожертвувала економічним ростом заради розв'язання проблеми забезпечення суспільного блага – здоров'я й благополуччя населення.

2. Проаналізований стан розвитку управління галуззю охорони здоров'я в умовах пандемії. Відповідно до базових принципів державної соціальної й гуманітарної політики практично у всіх країнах із розвиненою ринковою економікою були сформовані громадські системи охорони здоров'я, що були доступні для всіх чи для переважної більшості громадян. Питання державної політики громадського здоров'я, відповідного забезпечення, вартості й доступності лікування, умов життя є дотичні до інтересів широких верств населення, формують настрої та стають предметом дискусій відносно ефективності реалізації функцій управління органами державної влади

Реакція більшості населення на COVID-19 як на час надзвичайної ситуації стала непропорційно чутливою та неадекватною співставно з його можливими соціальними й економічними наслідками. Базовим завданням реформ охорони здоров'я у цьому контексті стало стримування збільшення витрат держави і підвищення результативності роботи систем охорони здоров'я. Ця політика здійснювалася у напрямі забезпечення нормування споживання медичних послуг через встановлення часового проміжку очікування їх надання й розвитку систем фінансово-економічного планування. Нині слід змінювати розв'язання

соціально-економічних проблем і виходити у першу чергу із потреб сучасного громадянського соціуму.

Держава забезпечує регулювання галузі послуг охорони здоров'я на основі нормативних правових актів, які встановлюють структуру органів регулювання державою послуг охорони здоров'я, правовий стан продуцентів послуг охорони здоров'я та охорону їх власності, порядок укладення і виконання господарських договорів, регуляція надання послуг, захист прав споживачів вказаних послуг, проблем, пов'язаних з етичною стороною забезпечення надання послуг

Найбільш очевидними стали динамічні зміни у соціально-економічній компоненті медичного обслуговування, виріс соціальний статус лікарів загальної практики, посилилася увага щодо них від структур управління охороною здоров'я, менеджерів та лікарів, які працюють у стаціонарах. Завдяки підписанню контрактів між одержувачами й виробниками медичних послуг, останні почали кращим чином розуміти, які різновиди медичної допомоги вони мають надавати, кому, за якими стандартами і за яку ціну.

У сфері охорони здоров'я належить здійснити структурні трансформації, спрямовані на оптимізацію медичних послуг на базі посилення координації, більш спрямованої й якісної підготовки персоналу і поліпшення оснащення медичних закладів у період пандемії. Ефективна державна соціальна й гуманітарна політика підвищує рівень стабільності соціуму, дозволяючи долати надзвичайні ситуації, ізводить до мінімуму наслідки ймовірних майбутніх криз. Масштабні заходи і рішення, формування і реалізація зазначеної державної політики цілком необхідні для подолання кризових явищ, збереження рівня життя соціуму. Із впровадженням нових і демократичних принципів у життя суспільства, зміною соціальних цінностей і цілей вагомого значення набуває проблема зміни самої доктрини політики держави у галузі охорони здоров'я громадян і соціальних верств.

Передача SARS-CoV-2, вірусу, що спричиняє COVID-19, відбувається у широкому спектрі робочих місць, що не належать до галузі охорони здоров'я. Заходи політики, спрямовані на захист працівників, допомагають запобігати



контактній передачі вірусу й захищати економіку країн через забезпечення відкритості та безпеки робочих місць.

Наразі у національних та місцевих рекомендаціях політиків щодо того, яким підприємствам й організаціям доцільно запобігати передачі вірусу та захищати працівників, фіксується брак узгодженості.

Водночас в окремих галузях характерні чіткі тренди, які демонструють підвищені ризики передачі. В Україні це притаманно, зокрема, для функціонерів сфери послуг і торгівлі, прибиральників та домашніх працівників, фахівців освіти, робітників м'ясопереробних підприємств, експертів індустрії гостинності, водіїв і транспортних працівників, фахівців сектора громадської безпеки, будівництва й представників професій, що зайняті у галузі соціальних послуг.

Національним та місцевим органам влади слід адаптувати вказані заходи, з огляду на рівень передачі COVID-19 у соціумі, як визначено у настановах ВООЗ із коригування заходів щодо захисту здоров'я населення та соціальних заходів і відповідно до настанов Міжнародної організації праці відносно заходів із безпеки і здоров'я на роботі, що спрямовані на запобігання розповсюдженню COVID-19. Реалізуючи політику профілактики й пом'якшення наслідків COVID-19 на роботі, структури влади й роботодавці мають урівноважувати громадські заходи із кроками з обмеження можливого впливу на соціальний та економічний добробут, зокрема доступ до послуг та втрата доходів. Заходи політики, що упроваджені для запобігання поширенню COVID-19 в установах, можуть самі собою супроводжуватися ризиками для здоров'я й безпеки: це, наприклад, тривале використання засобів індивідуального захисту, психосоціальні й ергономічні наслідки дистанційної праці, ризики, дотичні до браку технічного обслуговування систем у ході локдауну, хімічний вплив, що пов'язаний зі збільшеними обсягами дезінфекції. Вказані ризики також доцільно визнавати та зменшувати.

3. Оцінені шляхи удосконалення управління галуззю охорони здоров'я в умовах пандемії. У березні 2020 р. Європа виявилася в епіцентрі пандемії

коронавірусу. З моменту першого випадку, зафіксованого 24 січня 2020 р., усі 27 країн ЄС підтвердили на своїй території факти захворювання вірусом COVID-19.

Боротьба з пандемією коронавірусу COVID-19 в Україні показала, що в країні не все в порядку із системою публічного управління соціально-економічним розвитком, включаючи регіональну політику, коли кожний регіон самостійно вирішує проблеми, пов'язані з подоланням негативних проявів пандемії, які серйозно обмежують можливості прогнозування соціально-економічного розвитку регіону навіть у найближчій перспективі. Тому необхідними були заходи для її удосконалення, потрібне серйозне «перезавантаження» для забезпечення прискореного зростання економіки й сприятливих змін, особливо в соціальній сфері.

Соціальний шок періоду пандемії привів до актуалізації конфлікту між дотриманням прав людини й необхідністю їх обмеження у надзвичайній епідеміологічній ситуації. Різко загострилося протиріччя між громадянськими й державними інтересами, подолати яке країни-члени Євросоюзу виявилися не в змозі. Їхні зусилля були спрямовані на пом'якшення наслідків тих обмежень, які довелося ввести у зв'язку з загрозою масового зараження вірусом COVID-19. Члени ЄС не продемонстрували єдності у термінах і змісті антикризових заходів, намагаючись діяти залежно від складної обстановки в їхніх регіонах. Соціальна політика в умовах росту захворювань коронавірусом зазнала трансформації, зосередивши увагу на заходах фізичного дистанціювання, тимчасового припинення освітнього процесу в очному форматі, зусиллях у сфері охорони здоров'я, виділенні додаткової допомоги соціально слабким верствам населення.

Для оптимізації становища державного управління в Україні з протидії коронавірусній інфекції слід провести роботу з наступних напрямків:

- розробка нової законодавчої бази у сфері антикризового управління за допомогою цифрової трансформації державного управління;
- впровадження удосконаленої системи електронного документообігу в органі державної влади, його підрозділах;
- організація додаткового захисту інформації, забезпечення

безперебійності сигналу;

– установка мобільних терміналів на прикладі порталу державних послуг і розробка можливих методів доставки додому державних послуг населенню.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айзенбах Г. Як боротися з інфодемією: чотири стовпи управління інфодемією. Журнал медичних Інтернет-досліджень. 2020. Вип. 22, № 6.
2. Ангел С., Драхенберг Р. Європейська рада як менеджер кризи COVID-19 у порівнянні з попередніми кризами. Європейська парламентська дослідницька служба. 2020, URL: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/642822/EPRS\\_BRI%282020%29642822\\_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/642822/EPRS_BRI%282020%29642822_EN.pdf) (дата звернення: 30.11.2022).
3. Американська асоціація психіатрів. 2020. URL: <https://www.workplacementalhealth.org/employer-resources/working-remotely-during-covid-19> (дата звернення: 30.11.2022).
4. Білинська Я. Ф., Радиш Я. Ф. Державна політика у сфері охорони здоров'я : колективна монографія, Київ : НАДУ, 2013. 396 с.
5. Білинська Я. Ф. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навчально-наукове видання. Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
6. Борель Д. Пост-ковидний світ уже тут, міжнародна, 2020 № 4, URL: <https://internationalepolitik.de/de/die-post-corona-welt-ist-schon-da> (дата звернення: 30.11.2022).
7. Боротьба з дезінформацією про COVID-19 на онлайн-платформах. OECD. URL: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/combating-covid-19-disinformation-on-online-platforms-d854ec48> (дата звернення: 30.11.2022).
8. Бончева К., Посетті Д. Протидія цифровій дезінформації, поважаючи свободу слова. Дослідницький звіт Комісії з широкосмугового зв'язку «Свобода вираження поглядів і боротьба з дезінформацією в Інтернеті». Париж, 2020. 348 с.
9. Браун Д. Як ми навчилися зупиняти пандемію, Інтернаціональна політика, 2020. № 4, 38 – 41 с.

- 10.Бурдьє П. Практичний глузд / пер. з фр. О. Йосипенко; Київ : Український Центр духовної культури, 2003. 529 с.
- 11.Бутник О. О., Немирівська О. Я. Особливості публічного управління в умовах світової пандемії. *Право та державне управління*. 2020. №2. 142 – 148 с.
- 12.Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я: монографія. Кривий Ріг: ДДУУ, Вид. Р.А. Козлов, 2017. 315 с.
- 13.Всесвітня організація охорони здоров'я. Міркування щодо громадської охорони здоров'я та соціальних заходів на робочому місці в контексті COVID-19. 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-public-health-and-social-measures-in-the-workplace-in-the-context-of-covid-19> (дата звернення: 30.11.2022).
- 14.Всесвітня організація охорони здоров'я. Міркування щодо карантину осіб у контексті стримування коронавірусної хвороби (COVID19): проміжні рекомендації. 2020. URL:([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331497/WHO-2019-nCoV\\_IHR\\_Quarantine-2020.2-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331497/WHO-2019-nCoV_IHR_Quarantine-2020.2-eng.pdf)) (дата звернення: 30.11.2022).
- 15.Всесвітня організація охорони здоров'я. Використання маски в контексті COVID-19: тимчасові рекомендації. 1 грудня 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337199>(дата звернення: 30.11.2022).
- 16.Галоті Р., Валле Ф., Кастальдо Н., Сакко П. Оцінка ризиків «інфодемій» у відповідь на епідемії COVID-19. *Природа Поведінка людини*. 2020. № 4. 1285-1293 с.
- 17.Гойда Н. Г., Курділь Н. В., Вороненко В. В. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України. *Запорізький медичний журнал*. 2013. № 5 104-108 с.
- 18.Григорович В. Р. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2010. № 2. 215 с.

19. Гур'єв С., Іскра Н., Терент'єва А. Інформаційна взаємодія в умовах надзвичайних ситуацій медико-біологічного характеру. *Науковий вісник: Державне управління*. 2020. № 4 (6). 68-92 с.
20. Девіссон Б. Моє тіло, мій храм: конституційна вимога щодо релігійних винятків щодо вакцинації проти COVID-19. *Юридичний журнал університету Сент-Луїса онлайн*. St. Louis, 2021. N 59. URL: <https://scholarship.law.slu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1056&context=lawjournalonline> (дата звернення: 30.11.2022).
21. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/deyaki-pitannya-elektronnoyi-sistemi-ohoronizdorovya> (дата звернення: 30.11.2022).
22. Дорожня карта з впровадження вакцини від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, і проведення масової вакцинації у відповідь на пандемію COVID-19 в Україні у 2021 - 2022 роках. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v3018282> (дата звернення: 30.11.2022).
23. Звіт про досвід та найкращі практики комунікації з питань COVID-19 у Європі Листопад 2021 року. Київ, 2021. 33 с.
24. Інфекційна профілактика та контроль епідемічних та пропандемічних гострих респіраторних інфекцій в охороні здоров'я. Рекомендації ВООЗ. Всесвітня організація охорони здоров'я 2014. URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/12656/9789241507134\\_eng.pdf;jsessionid=C101466-A67713479A08E198DCD4BFBDD?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/12656/9789241507134_eng.pdf;jsessionid=C101466-A67713479A08E198DCD4BFBDD?sequence=1) (дата звернення: 30.11.2022)
25. Карлаш В. В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України : 25.00.02. Харків, 2020. 214 с.
26. Коросташова І. М. Режим надзвичайного стану під час пандемії: механізм правового регулювання як гарантія забезпечення дотримання принципу

- верховенства права. 2020. № 6. 31-40 с.
27. Лакі З. Новий спалах коронавірусу. Сучасний стан і реагування ЄС на громадське здоров'я, Департамент політики з питань економічної, наукової політики та політики якості життя, Генеральний директорат внутрішньої політики, 2020 р. 9 с.
28. Лапатінас А. Вплив політики обмеження COVID-19 на тенденції мобільності громади в ЄС, Офіс публікацій Європейського Союзу, Люксембург, 2020. 39 с.
29. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. *Здоров'я нації*. 2015. № 3. 67-86 с.
30. Лобас В. М., Шутов М. М., Вовк С. М. Методологія реформування систем охорони здоров'я, за кластерними підходами. Україна. *Здоров'я нації*. 2013. № 2 (26). 84-88 с.
31. Маврагані А. Інфодеміологія та інфонагляд: огляд масштабів. Журнал медичних Інтернет-досліджень. 2020. Вип. 22, вип. 4. URL: <https://doi.org/10.2196/16206> (дата звернення: 30.11.2022).
32. Макфалден Б., Робертсон К., Шейтрум Д., Шефер К, Мелоун Т., Ферраро П. Платити американцям за вакцинацію - допоможе це чи матиме зворотний ефект?, Оксфорд, 2021. Том. 8, № 2. 1-19 с.
33. Маріначчо А., Боккуні Ф., Рондіноне Б.М., Бруско А., Д'Амаріо С., Іавіколі С. Професійні фактори пандемії COVID-19 в Італії: заявки на компенсацію підтримують створення системи професійного нагляду. *Ossip Environ Med*. 2020 рік.
34. Мартякова О. В., Трикоз І. В. Перспективи модернізації охорони здоров'я. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2015. № 4 (32). 23-30 с.

35. Міжнародна організація праці. Захист трудових мігрантів під час пандемії COVID-19. 2020. URL: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/ed\\_protect/protrav/migrant/documents/publication/wcms743268.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/ed_protect/protrav/migrant/documents/publication/wcms743268.pdf) (дата звернення: 30.11.2022).
36. Монтальто В., Сакко П.Л., Альберті В., Панелла Ф., Сайсана М. Європейські культурні та креативні міста за часів, пов'язаних із COVID-19, робочі місця під загрозою та відповідна політика, Публікаційне бюро Європейського Союзу, Люксембург, 2020. 37 стор.
37. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років URL: [moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf) (дата звернення: 30.11.2022).
38. Нікола М. , засноване на доказах, для оглядової статті про пандемію COVID-19. Міжнародний журнал хірургії. 2020. № 77. С. 206-216 с.
39. Нуизато Д.С. Дезінформаційний хаос: зусилля платформ соціальних мереж боротися з медичною та політичною дезінформацією. Огляд першої поправки до закону, 2021. Вип. 19. 33-98 с.
40. Омельченко О. Коронавірусні бар'єри: як Україні в нових умовах захистити свій експорт. URL: <https://www.eurointegration.com.ua/experts/2020/04/22/7109038> (дата звернення: 30.11.2022).
41. ООН бореться з «інфодемією» дезінформації та кіберзлочинності під час кризи COVID-19. Департамент глобальних комунікацій ООН. 2020. 31 березня. URL: <https://www.un.org/en/un-coronavirus-communications-team/un-tackling-'infodemic'-misinformation-and-cybercrime-covid-19>(дата звернення: 30.11.2020).
42. Пандемія коронавірусу в ЄС. Агентство фундаментальних багатств Європейського Союзу, Люксембург, Офіс публікацій Європейського Союзу, 2020. 60 с.
43. Пандемія COVID-19 та світовий торгівля URL: [https://www.wto.org/english/tratop\\_e/covid19\\_e/covid19\\_e.htm?fbclid=IwAR](https://www.wto.org/english/tratop_e/covid19_e/covid19_e.htm?fbclid=IwAR)



2qGz8r4uczwiVeIDe62Zay3KyfdMi6W2i59e-

X4enZMUqxLfxL6GHNUhM#faq (дата звернення: 30.11.2022).

44. Парубчак І. О., Харечко Д. О. Формування та реалізація державної політики соціального захисту в контексті збереження та поліпшення здоров'я осіб похилого віку в Україні. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2019. № 2. URL: [http://el-zbirn-du.at.ua/2019\\_2/22.pdf](http://el-zbirn-du.at.ua/2019_2/22.pdf) (дата звернення: 30.11.2022).
45. Посетті Д., Бончева К. Дезінформація: розшифровка дезінформації про COVID-19. Аналітична записка ЮНЕСКО 1. Париж, 2020. 17 с.
46. Полянсек К., Верначіні Л., Феррер М. Інформуйте про COVID-19. Методологія і результати індексу ризику, Офіс публікацій Європейського Союзу, Люксембург, 2020 р. , 29 с.
47. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 12.07.2000, № 29, ст. 228.
48. Про інформацію: Закон України, чинне законодавство зі змінами від 23 квіт. 2014 р. , ст. 29.
49. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-19 URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 30.11.2022).
50. Раппольд Д. Президентство в умовах пандемії, Міжнародна політика, 2020. № 4, 76-77 с.
51. Робертс А. Стратегії управління: переосмислення державного управління для небезпечного століття. Cornell University Press, 2019. 210 р.
52. Розуміння інфодемії та дезінформації у боротьбі з COVID-19: інформаційний бюлетень. URL: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52052/Factsheet-infodemic\\_eng.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52052/Factsheet-infodemic_eng.pdf) (дата звернення: 30.11.2022).
53. Рутшман А.С. Саморегулювання соціальних медіа та зростання дезінформації про вакцини. Журнал права та інновацій Університету Пенсільванії. Філадельфія, 2021. № 6. , 1-41 с.

54. Скачар С. Коли доречні мандати на вакцину. Журнал етики АМА. Чикаго, 2020. Вип. 22, № 1. 36-42 с.
55. Спеціальна технічна консультація ВООЗ щодо управління інфодемією COVID-19: заклик до дій. Женева, 2020. №4 81-85 с.
56. Територіальний вплив COVID-19: управління кризою на різних рівнях влади. OECD. 2020. URL: [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=128\\_128287-5agkkojaa&title=The-territorial-impact-of-covid-19-managing-the-crisis-across-levels-of-government](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=128_128287-5agkkojaa&title=The-territorial-impact-of-covid-19-managing-the-crisis-across-levels-of-government) (дата звернення: 30.11.2022).
57. Управління охорони праці. Переглянуті вказівки щодо дотримання правил реєстрації випадків захворювання на коронавірус 2019 (COVID-19).2020. URL: <https://www.osha.gov/memos/2020-05-19/revised-enforcement-guidance-recording-cases-coronavirus-disease-2019-covid-19> (дата звернення: 30.11.2022).
58. Фана М., Толан С., Торрехон С., Урзі Бранкаті К., Фернандес-Масіас Е. Заходи обмеження COVID-19 та ринки праці ЄС, Офіс публікацій Європейського Союзу, Люксембург, 2020. 32 с.
59. Фещенко Н. М. Галузь охорони здоров'я: проблеми та перспективи фінансового забезпечення. *Держава та регіони*. 2010. № 3. URL: [http://ir.znau.edu.ua/bitstream/123456789/2559/1/Derzhava%20ta%20regioni\\_2010\\_6\\_155-161.pdf](http://ir.znau.edu.ua/bitstream/123456789/2559/1/Derzhava%20ta%20regioni_2010_6_155-161.pdf) (дата звернення: 30.11.2022).
60. Чорний О. В. Особливості реформ у державній політиці охорони здоров'я в європейських країнах у трансформаційний період: історичні та соціально-економічні аспекти. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2020. № 3 78-82 с.
61. Чорний О. В. Соціально-економічні аспекти формування та реалізації державної політики реформ у системі охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку пандемії в Україні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2020. № 4 81-85 с.

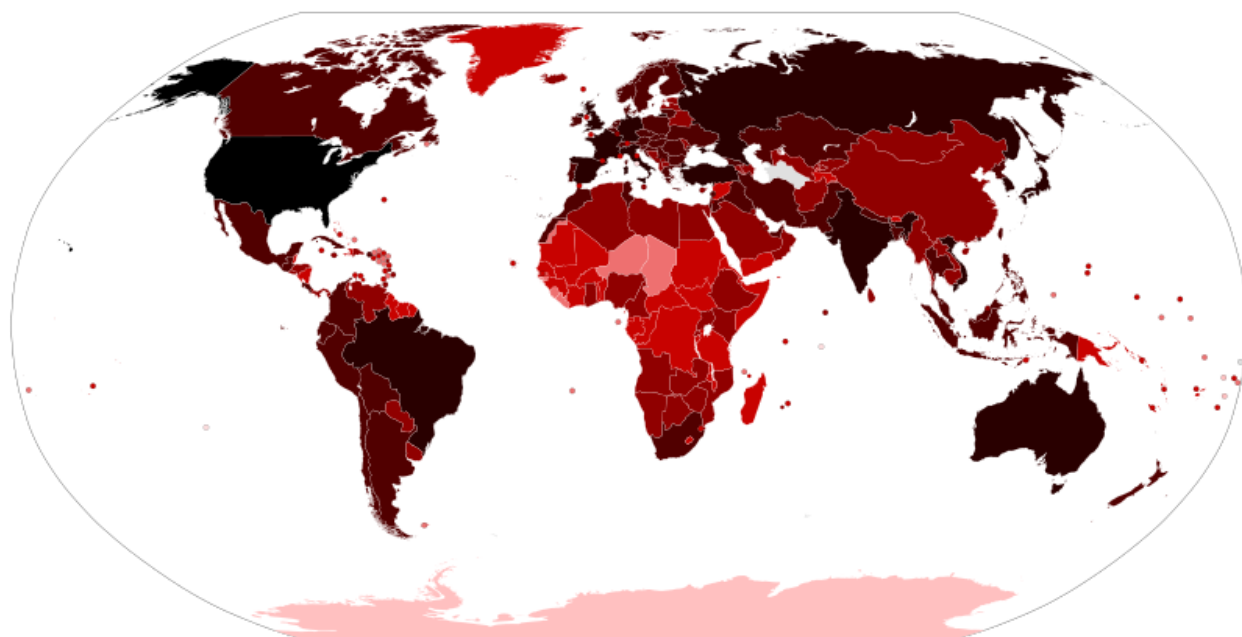
62. Якус С.М., Сантамарія К., Сермі Ф., Спіратос С., Тарчі Д., Веспе М. Як людська мобільність пояснює початкове поширення COVID-19, Офіс публікацій Європейського Союзу, Люксембург, 2020 р. 25 с.
63. Якус С.М., Сантамарія К., Серні Ф., Спіратос С., Тарчі Д., Веспе М. Картування функціональних зон мобільності (MFA) за допомогою мобільного позиціонування. Дані для формування політики щодо COVID-19, Офіс публікацій Європейського Союзу, Люксембург, 2020 р. 52 с.
64. COVID-19 infodemic : more retweets for science-based information on coronavirus than for false information / Pulido C.M., Villarejo-Carballido B., Redondo-Sama G., Gómez A. *International sociology*. 2020. Vol. 35, N 4. P. 377-392.
65. COVID-19 Infodemics Observatory. *CoMuNe Lab, FBK*. URL: <https://covid19obs.fbk.eu> (дата звернення: 30.11.2022).
66. Fu L. et al. Human and organizational factors within the public sectors for the prevention and control of epidemic. *Safety Science*. 2020. № 131. P.104-129.
67. Gimpolongo E., Benczur P., Campolongo F., Cariboni J., Manca A.R. Time for transformative resilience: the COVID-19 emergency, Publikations Office of the European Union, Luxemburg, 2020. 14 p.
68. Gostynska-Jakubowska A, Scazzieri L. The EU can emerge stronger from the coronavirus crisis, 2020. URL: <https://www.cer.eu/in-the-press/eu-can-emerge-stronger-coronavirus-crisis> (дата звернення: 30.11.2022).
69. Gostynska-Jakubowska A, Scazzieri L. The EU needs to step up its response to the COVID-19, Centre for European Reform. 23 March 2020, URL: [https://www.cer.eu/sites/default/files/in-sight\\_AG\\_LS\\_23.3.20.pdf](https://www.cer.eu/sites/default/files/in-sight_AG_LS_23.3.20.pdf) (дата звернення: 30.11.2022).
70. Jamshed J. Lawyers response to COVID-19 infodemic on social media. *Library Philosophy and Practice (e-journal)*. Lincoln, 2021. N 5409. URL: <https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=10022&context=libphilprac> (дата звернення: 30.11.2022).
71. KPMG US. [Електронний ресурс]. URL: <https://www.kpmg.us> (дата

звернення: 30.11.2022).

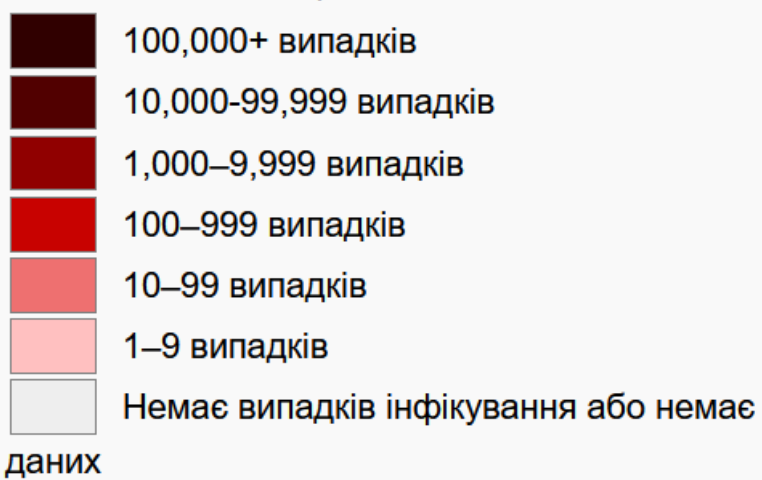
72. McInnes C., Roemer-Mahler A. From security to risk: reframing global health threats. *International Affairs*. 2017. № 6 (93). P. 1313-1337.
73. Tschinderle F. Democracy under lockdown, *International Politics*, 2020, № 4, URL: <https://internationalepolitik.de/de/demokratie-unter-lockdown> (дата звернення: 30.11.2022).

## ДОДАТКИ

## Додаток А



Карта загальної кількості підтверджених випадків  
зараження



Джерело: [https://uk.wikipedia.org/wiki/Пандемія\\_коронавірусної\\_хвороби\\_2019](https://uk.wikipedia.org/wiki/Пандемія_коронавірусної_хвороби_2019)

## Додаток Б

**Направлення на лабораторне тестування матеріалу від особи, яка  
відповідає визначенню випадку COVID-19**

Інформація про установу, що передає запит на лабораторне дослідження			
Назва установи (лікарні, лабораторії або іншої установи), що направляє зразок			
Лікар			
Адреса			
Номер телефону			
Визначення випадку:	<input type="checkbox"/> Підозрілий <input type="checkbox"/> Ймовірний		
Інформація про пацієнта			
Ім'я		Прізвище	
Номер пацієнта		Дата народження	Вік:
Адреса		Стать	<input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Невідомо
Номер телефону			
Інформація про зразок			
Тип	<input type="checkbox"/> Назо- або орофарингеальний мазок <input type="checkbox"/> Бронхоальвеолярний лаваж <input type="checkbox"/> Ендотрахеальний аспірат <input type="checkbox"/> Назофарингальний аспірат <input type="checkbox"/> Назальний змив <input type="checkbox"/> Мокротиння <input type="checkbox"/> Легенева тканина <input type="checkbox"/> Сироватка крові <input type="checkbox"/> Цільна кров <input type="checkbox"/> Сеча <input type="checkbox"/> Калові маси		
<p>До всіх відібраних зразків необхідно ставитись як до потенційно інфікованих, тому Ви повинні сконтактувати з лабораторією ДО надсилання зразку.</p> <p>Усі зразки повинні бути надісланими у відповідності до вимог категорії «В» настанов з транспортування зразків.</p> <p>Будь ласка, зазначте, якщо зразок було забрано після смерті пацієнта <input type="checkbox"/></p>			
Дата забору		Час забору	
Пріоритетність			
Клінічні дані			
Дата початку захворювання:			
Чи перебував пацієнт у країнах з місцевою передачею вірусу SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Країна	
		Дата повернення	
Чи контактував пацієнт з підтвердженим випадком?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо		
Назва установи, лабораторії, що проводила дослідження			
Результат дослідження на COVID-19	<input type="checkbox"/> Позитивний <input type="checkbox"/> Сумнівний <input type="checkbox"/> Негативний		
Дата отримання результату дослідження			
Метод дослідження	<input type="checkbox"/> ПЛР <input type="checkbox"/> Швидкий тест (імунохроматографія) <input type="checkbox"/> ІФА		
Комерційна назва тест-системи для виявлення, виробник			
Назва обладнання, на якому проводилось дослідження			
Додаткові коментарі			

## Додаток В

### Електронні портали надання адміністративних послуг суб'єктами публічного адміністрування у період пандемії COVID-19

<i>Суб'єкт публічного адміністрування</i>	<i>Електронний портал надання адміністративних послуг</i>
Міністерство юстиції України	“Кабінет електронних сервісів”, “Онлайн будинок юстиції”
Державна податкова служба України	“Електронний кабінет платника податків”
Державна служба України з питань геодезії, картографії та кадастру	“Електронний сервіс”
Державне агентство водних ресурсів України	“Портал електронних послуг”
Міністерство цифрової трансформації	Веб-портал “Дія”
Міністерство розвитку економіки, торгівлі і сільського господарства України	Єдиний державний портал адміністративних послуг: <a href="http://poslugy.gov.ua">poslugy.gov.ua</a>