



## АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

# ВПЛИВ НЕБЕЗПЕЧНИХ ЕКОЛОГІЧНИХ І ТЕХНОГЕННИХ ФАКТОРІВ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ СХІДНОЇ УКРАЇНИ

# **ВПЛИВ НЕБЕЗПЕЧНИХ ЕКОЛОГІЧНИХ І ТЕХНОГЕННИХ ФАКТОРІВ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ СХІДНОЇ УКРАЇНИ**

## **АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ**

**Благодійний фонд «Право на захист».**

**Проект «Підвищення стійкості до ризику катастроф на Сході України».**

Даний проект реалізується за фінансової підтримки  
Уряду Великої Британії.

Виконавці:

к.б.н. Волощук О. В.

к.б.н. Галак С. С.

У цьому аналітичному звіті представлені результати дослідження та аналіз впливу небезпечних екологічних і техногенних факторів на здоров'я населення Східної України (в Донецькій та Луганській областях).

Видання цього звіту стало можливим завдяки фінансовій підтримці Уряду Великої Британії в рамках проекту «Підвищення стійкості до ризику катастроф на Сході України», який виконує БЛАГОДІЙНИЙ ФОНД «ПРАВО НА ЗАХИСТ». Погляди, висловлені в цій публікації, належать авторам і можуть не збігатися з офіційною позицією Уряду Великої Британії.

# ЗМІСТ

<b>Перелік скорочень</b> .....	5
<b>Резюме</b> .....	6
<b>Вступ</b> .....	8
<b>Методологія дослідження</b> .....	10
<b>1. ТЕХНОГЕННІ ТА ЕКОЛОГІЧНІ РИЗИКИ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ, СПРИЧИНЕНІ ЗБРОЙНИМ КОНФЛІКТОМ НА СХОДІ УКРАЇНИ</b> .....	<b>13</b>
1.1 Проблеми з водопостачанням .....	14
1.2 Забруднення атмосферного повітря .....	16
1.3 Підтоплення шахт .....	18
1.4 Проблема замінування .....	20
1.5 Доступ до екологічної інформації .....	21
<b>Висновки до розділу 1</b> .....	<b>27</b>
<b>2. СТАН СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ТЕРИТОРІЯХ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ</b> .....	<b>29</b>
2.1 Труднощі, які виникли після початку збройного конфлікту .....	29
2.2 Проблеми з медичним персоналом .....	30
2.3 Стан медичної інфраструктури .....	32
2.4 Проблема старіння населення .....	34
2.5 Надання населенню послуг медичного обслуговування .....	35
2.5.1 Проблема перенавантаження медичних працівників первинної ланки .....	35
2.5.2 Медичне обслуговування внутрішньо переміщених осіб .....	37
2.5.3 Програма «Доступні ліки» .....	38
2.5.4 Впровадження інформаційних технологій в медичне обслуговування .....	39
2.6 Наявність та узгодженість медичної інформації .....	40
2.7 Профілактичні заходи щодо попередження захворюваності населення .....	45
2.8 Пандемія COVID-19 .....	49
<b>Висновки до розділу 2</b> .....	<b>51</b>

<b>3. ВРАЗЛИВІСТЬ ЖІНОК І ЧОЛОВІКІВ, ЗУМОВЛЕНА ЗБРОЙНИМ КОНФЛІКТОМ .....</b>	<b>53</b>
<b>Висновки до розділу 3 .....</b>	<b>59</b>
<b>Висновки .....</b>	<b>61</b>
<b>Додаток 1. Рекомендації .....</b>	<b>64</b>
<b>Додаток 2. Перелік посилань .....</b>	<b>69</b>

## ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

<b>БСК</b>	Біохімічне споживання кисню
<b>ВПО</b>	Внутрішньопереміщені особи
<b>ВООЗ</b>	Всесвітня організація охорони здоров'я
<b>ДЕЦ</b>	Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України
<b>ДОЗ Луганської ОДА</b>	Департамент охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації
<b>ДУ</b>	Державна установа
<b>ДСМД</b>	Державна система моніторингу довкілля
<b>ДСНС</b>	Державна служба України з надзвичайних ситуацій
<b>ЕЛІССЗ</b>	Електронна інтегрована інформаційна система спостереження за інфекційними захворюваннями
<b>ЕСОЗ</b>	Електронна система охорони здоров'я
<b>ЗОЗ</b>	Заклади охорони здоров'я
<b>КНП</b>	Комунальне некомерційне підприємство
<b>КПВВ</b>	Контрольний пункт в'їзду-виїзду
<b>МКХ</b>	Міжнародна класифікація хвороб
<b>МОЗ</b>	Міністерство охорони здоров'я
<b>НІЗ</b>	Неінфекційні захворювання
<b>НСЗУ</b>	Національна служба здоров'я України
<b>ООС</b>	Операція об'єднаних сил
<b>ПМД1</b>	Первинна медична допомога
<b>ПМД2</b>	Пункт медичної допомоги
<b>ПНО</b>	Потенційно-небезпечний об'єкт
<b>Н(КУУТ)</b>	(Не-)Контрольована урядом України територія
<b>СМЗ</b>	Спинно-мозкові захворювання
<b>ССЗ</b>	Серцево-судинні захворювання
<b>ЦГЗ</b>	Центр громадського здоров'я
<b>ЦПМСД</b>	Центр первинної медико-санітарної допомоги

## РЕЗЮМЕ

Внаслідок військових дій на Сході України знищено, зруйновано та пошкоджено значну кількість об'єктів інфраструктури, які наразі класифікуються як потенційно небезпечні для довкілля, громадського здоров'я та життєдіяльності населення. Такі екологічні й техногенні загрози в зоні збройного конфлікту мають тенденцію до загострення і є потенційно небезпечними для населення підконтрольних уряду України територій Донецької та Луганської областей. Вони вже призвели до небезпечних змін стану навколишнього природного середовища.

У даному звіті авторами проаналізовано актуальні проблеми системи охорони здоров'я на контрольованих урядом України територіях Донецької та Луганської областей, які спричинені або загострені збройним конфліктом на Сході України, а також впливом небезпек екологічного і техногенного характеру на цій території.

У результаті дослідження було виявлено проблеми системи моніторингу навколишнього природного середовища на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей, визначено основні труднощі та позитивні результати впровадження медичної реформи.

Встановлено, що через неактуальність, нерегулярність, неузгодженість наявних даних медичної статистики, у зв'язку з відсутністю доступу медичних фахівців до електронної системи охорони здоров'я, в якій на даний час акумулюються дані щодо захворюваності населення та наданої йому медичної допомоги, неможливість оцінити вплив джерел забруднення, що залишилися на тимчасово окупованих територіях Донеччини та Луганщини, великими міграційними процесами в даному регіоні, є некоректним встановлювати кореляційні зв'язки і залежності між станом довкілля та захворюваністю і смертністю населення на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей.

Зроблено висновок, що:

- проведення екологічного моніторингу стану території Донецької та Луганської областей із використанням автоматизованих постів спостережень та інформаційних технологій із залученням вітчизняних фахівців та міжнародних організацій з метою отримання актуальних і повних даних щодо екологічної ситуації;
- розроблення методів оцінок екологічних і техногенних ризиків уникнення, контролю або мінімізації наслідків ризиків;

- налагодження роботи електронної системи медичної звітності, узгодження формату даних на всіх рівнях звітності, надання безкоштовного та безперебійного доступу до електронної бази актуальної медичної інформації медичним працівникам і фахівцям з медичної статистики з метою оцінювання та прогнозу щодо здоров'я населення є надзвичайно актуальними та дозволить чітко встановити вплив екологічних і техногенних факторів на стан громадського здоров'я на підконтрольних уряду територіях Сходу України, а також допоможе обґрунтувати та виконувати першочергові захисні заходи.

Для вирішення основних проблем моніторингового спостереження за довкіллям, основних проблем у сфері громадського здоров'я та щоб уможливити встановлення впливу забрудненого довкілля на здоров'я населення на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей, для органів центральної влади та місцевих громад розроблено рекомендації.

## ВСТУП

Здоров'я населення України, зокрема в Донецькій та Луганській областях, значною мірою залежить від впливу екологічних і техногенних чинників та стану системи охорони здоров'я. Концентрація великих підприємств енергетичної, видобувної, переробної промисловості на Донеччині та Луганщині призвела до того, що проблема охорони довкілля стає одним з головних чинників, що впливає на стан здоров'я та життєдіяльність населення.

Після початку військової агресії Російської Федерації та втрати Україною контролю над частиною територій Донецької та Луганської областей, ризики, пов'язані з екологічними і техногенними чинниками та здоров'ям населення, значно збільшилися.

Дане дослідження стосується встановлення впливу небезпечних екологічних і техногенних факторів на здоров'я населення Сходу України, зокрема контрольованих урядом України територій (КУУТ) Донецької та Луганської областей.

Мета дослідження: визначити проблеми системи охорони здоров'я на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей, встановити вплив небезпечних екологічних і техногенних факторів на здоров'я населення та розробити рекомендації для зниження їх впливу.

Для досягнення поставленої мети було проаналізовано стан системи охорони здоров'я на КУУТ Донецької та Луганської областей, а також можливості/обмеження для його вдосконалення; досліджено стан довкілля та можливість встановлення зв'язку між екологічними і техногенними ризиками та станом здоров'я населення; запропоновано набір можливих рішень щодо зменшення впливу екологічних і техногенних ризиків на здоров'я населення на підконтрольних Україні територіях Донецької та Луганської областей.

Аналітичний звіт щодо впливу небезпечних екологічних і техногенних факторів на здоров'я населення на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей структуровано за наступними розділами:

1

**«Техногенні та екологічні ризики для населення, спричинені збройним конфліктом на Сході України»** досліджує основні екологічні і техногенні ризики для здоров'я населення, зокрема проблеми з водопостачанням, забрудненням атмосферного повітря, підтопленням шахт, замінуванням, а також проблеми, пов'язані з доступом до екологічної інформації;



- 2 **«Стан системи охорони здоров'я на територіях, які постраждали від збройного конфлікту»** досліджує проблеми системи охорони здоров'я на КУУТ Донецької та Луганської областей, зокрема стан медичної інфраструктури, проблеми з медичним персоналом та наданням населенню послуг медичного обслуговування, проблеми з наявністю та узгодженістю медичної інформації, профілактичні заходи щодо попередження захворюваності населення;
- 3 **«Вразливість чоловіків і жінок, зумовлена збройним конфліктом»** містить опис проблем, з якими стикаються чоловіки та жінки під час збройного конфлікту на Сході України. Розглядаються причини та обставини, за яких обидві статі зазнають дискримінації та потерпають від гендерно-обумовленого насилля, а також наводяться приклади реалізації професійного та соціального потенціалу особами обох статей в умовах, що склалися;
- 4 **«Висновки»** узагальнюють результати дослідження.

У Додатку **«Рекомендації»** викладено розроблені за результатами дослідження можливі рішення щодо зменшення ризиків та відповідні рекомендації для органів державної влади на всіх рівнях.

## МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Об'єктами дослідження в межах проекту були: стан техногенних об'єктів, водних об'єктів, атмосферного повітря; показники громадського здоров'я; стан функціонування системи охорони здоров'я на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей.

В основу аналізу лягли такі джерела:

- нормативні акти, що регулюють надання медичної допомоги;
- інформація з офіційних веб-сайтів державних, обласних, районних та місцевих адміністрацій;
- статистичні дані щодо стану навколишнього природного середовища та захворюваності населення на контрольованих Україною територіях Донецької та Луганської областей;
- відповіді органів влади на запити про надання публічної інформації.

Звіт створено на основі інформації, отриманої за результатами низки зустрічей з галузевими експертами та представниками органів влади національного та регіонального рівнів (далі — польові консультації):

- Міністерство охорони здоров'я;
- Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України;
- Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України»;
- Департамент охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації;
- Департамент охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації;
- Донецький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України;
- Луганський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України.

Значну частину роботи складало дослідження, в ході якого вивчалася інформація з офіційних веб-сайтів обласних державних адміністрацій та місцевих рад, звіти різноманітних відомств, організацій та профільних установ, офіційна статистична інформація, відповіді органів влади на запити про надання публічної інформації тощо.

Зокрема, в режимі офіційного листування було отримано експертну думку про наявні та можливі виклики для здоров'я населення на підконтрольній території Луганської області від в.о. Генерального директора ДУ «Луганський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»; від заступника начальника відділу стратегічного розвитку охорони здоров'я та забезпечення лікарськими засобами управління організації та розвитку медичної допомоги населенню департаменту охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації; від начальника відділу з питань доступу до адміністративних послуг Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України.

Часові межі дослідження охоплюють серпень 2021 — січень 2022 року.

У рамках дослідження було:

- проведено аналіз наявних статистичних даних щодо стану навколишнього природного середовища та стану здоров'я населення на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей з метою встановлення їх актуальності, повноти та доступності;
- досліджено основні техногенні проблеми, які становлять ризик для здоров'я населення, що постійно проживає на контрольованих урядом територіях Сходу України;
- проведено дослідження можливості встановлення впливу екологічних і техногенних ризиків, спричинених збройним конфліктом на Сході України, на здоров'я населення;
- проаналізовано стан системи охорони здоров'я на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей, можливості/обмеження для його вдосконалення;
- досліджено особливості впровадження медичної реформи на цих територіях.

## **Обмеження дослідження**

Аналіз ситуації в зоні конфлікту на Сході України здійснювався за обмеженого набору джерел. Сьогодні на частині територій не проводиться екологічний моніторинг, відсутня достовірна інформація про характер пошкоджень підприємств, діє режим секретності, ускладнена робота Державних екологічних інспекцій у Донецькій і Луганській областях.

Всі організації, що до початку конфлікту здійснювали збір інформації про стан довкілля на Донеччині та Луганщині, зазнали порушень у роботі. Більшість з них втратили приладову базу, технічне, матеріальне та транспортне забезпечення,

архіви та документацію. Скоротився обсяг звітності перед органами державної статистики.

У зв'язку з: відміною основних форм звітності щодо хвороб і смертності, що має наслідком відсутність статистичних даних; проблемами з обробкою наявних статистичних даних (наприклад, на підконтрольній частині Донецької області розрахунки проводяться на 4,2 млн осіб (населення Донецької області до початку конфлікту), а не на 1,7 млн (населення на час дослідження)); неможливістю оцінити вплив джерел забруднення, що залишились на неконтрольованій урядом України території (НКУУТ) Донецької і Луганської областей (а це вдвічі більше, ніж на контрольованій території) на здоров'я населення на КУУТ; великими міграційними процесами на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей; відсутністю обліку осіб, які фактично проживають на НКУУТ Донецької та Луганської областей, а медичну допомогу отримують на підконтрольних Україні частинах цих областей; короткий термін (2014–2020 роки) для оцінки впливу на захворюваність; відсутність спалахів хвороб, явно пов'язаних із забрудненням довкілля, — є некоректним встановлювати кореляційні зв'язки та залежності між станом довкілля та захворюваністю і смертністю населення на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей.

# 1 ТЕХНОГЕННІ ТА ЕКОЛОГІЧНІ РИЗИКИ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ, СПРИЧИНЕНІ ЗБРОЙНИМ КОНФЛІКТОМ НА СХОДІ УКРАЇНИ

Донецька та Луганська області є найбільш техногенно навантаженими регіонами України та Європи. На їхніх територіях створено потужну інфраструктуру, що містить підприємства гірничодобувної, металургійної та хімічної промисловості, енергетики та важкого машинобудування тощо.

Висока концентрація промислового, сільськогосподарського виробництва, об'єктів транспортної інфраструктури у поєднанні зі значною щільністю населення, а також інтенсивна експлуатація природних ресурсів протягом тривалого часу призвели до того, що ще до початку збройної агресії РФ значні зміни торкнулися всіх компонентів навколишнього природного середовища Донецької та Луганської областей: атмосферного повітря, поверхневих і підземних вод, ґрунтів, ландшафтів, біорізноманіття тощо.

Збройний конфлікт на Сході України перетворив об'єкти металургійної, хімічної, вугільної промисловості, енергетичного та машинобудівного комплексу, мережі продуктопроводів і навіть комунальної інфраструктури в потенційно небезпечні об'єкти (ПНО) для довкілля у разі їх пошкодження.

В умовах бойових дій виник новий фактор техногенних загроз — руйнування промислових підприємств і неконтрольне поширення відходів. Техногенні та екологічні кризи являють собою невійськові загрози, які за рівнем економічних збитків та необхідності витрат часу і ресурсів для рекультивації території Донбасу можуть перевищити збитки від військових втрат.

Техногенні та екологічні ризики для населення, спричинені збройним конфліктом на Сході України, містять кілька складових: проблеми з водопостачанням; забруднення атмосферного повітря викидами стаціонарних і пересувних джерел; підтоплення шахт; проблему замінування; доступ до екологічної інформації.

За оцінкою експертів Програми ООН з довкілля (ЮНЕП), у результаті конфлікту на Сході України зруйновані екосистеми на території щонайменше 530 тис. га, у тому числі у 18 природних заповідниках загальною площею 80 тис. га [1].

Зона бойових дій, у тому числі сільськогосподарські угіддя, значно насичена боєприпасами, що не вибухнули, розмінування та ліквідація яких потребуватиме років або навіть десятиліть.

## 1.1. ПРОБЛЕМИ З ВОДОПОСТАЧАННЯМ

Війна суттєво впливає на забруднення води на Сході України. Руйнування інфраструктури, пов'язаної з водопостачанням і водовідведенням, хімічне забруднення, відключення електроенергії об'єктів, що скидають стічні води, становлять загрозу не тільки для водних ресурсів, а й для екосистеми в цілому.

Проблеми, пов'язані з доступом до чистої води, стосуються 3,7 млн людей у Донецькій та Луганській областях. Кожна четверта людина, яка перебуває в регіонах уздовж лінії розмежування, на щоденній основі або щотижня стикається з проблемами, що пов'язані з доступом і забезпеченням чистою водою [2]. Причинами перебоїв у централізованому водопостачанні та зниження якості питної води, яка подається споживачам, є:

- застаріла інфраструктура водопостачання та водовідведення, її висока ресурсовитратність, неефективність та недостатня підтримка;
- бойові дії, що призводять до пошкодження наявної інфраструктури — насосних станцій, магістральних і розподільчих мереж — та перешкоджають у доступі до неї працівникам та гуманітарним організаціям;
- вода є інструментом гібридного конфлікту.

Водопостачання у Донецькій та Луганській областях здійснюється комунальним підприємством «Вода Донбасу», до складу якого входить 30 підрозділів. З них після початку військової агресії 17 опинилися на НКУУТ і лише 13 — на контрольованій Україною території Донецької та Луганської областей [3].

Оскільки виключно всі підрозділи забезпечують технологічні процеси підготовки та подачі питної води, будь-який розрив технологічних процесів є ризиком соціальних та екологічних катастроф:

- порушення систем водопостачання і водовідведення населених пунктів супроводжується виникненням нових штучних водних об'єктів, що загрожує наявні для цих територій проблеми підтоплення;
- обстріли з боку НКУУТ становлять небезпеку пошкодження та розгерметизації ємностей з хлором, який зберігається на фільтрувальних станціях,

створюючи передумови викиду хлору в атмосферу, яке спричинить отруєння людей;

- відсутність системного водопостачання якісною питною водою призводить до погіршення санітарно-гігієнічної ситуації та виникнення цілого ряду пов'язаних з цим захворювань.

Загалом на території Донецької та Луганської областей є значна кількість міст і селищ із пошкодженими та зруйнованими об'єктами критичної інфраструктури, серед них — водоочисні споруди, водопровідно-каналізаційні, теплоенергетичні мережі. Це вже призвело і буде призводити в майбутньому до масштабного забруднення повітря, джерел питного водопостачання, ґрунтів.

У зв'язку із зазначеними проблемами у водопостачанні населення необхідними є:

- поточна оцінка стану систем водопостачання та очисних споруд міських і сільських населених пунктів КУУТ Донецької та Луганської областей;
- розробка рішень, що дозволяють експлуатувати головні очисні споруди водопроводів, що знаходяться або раптово опинилися в аварійному стані, з незначними попередніми доробками та поступовим їх відновленням до стану, який дозволяє стабільну експлуатацію з нормативними показниками;
- розробка рішень, які дозволять зменшити витрати на експлуатацію систем водопостачання та очисних споруд водопроводів;
- економічне стимулювання скорочення скидання забруднюючих речовин у складі стічних вод;
- залучення інвестицій у будівництво, реконструкцію, технічне переоснащення систем водопостачання та комплексів очисних споруд на основі технологій, що забезпечують нормативне очищення стічних вод та значну економію питної води.

Наразі Державною програмою Міністерства з питань тимчасово окупованих територій [4] на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей заплановані пріоритетні заходи з капітального ремонту, реконструкції та відновлення водопроводу і каналізації, насосних станцій, очисних споруд, а також наукові дослідження з метою диверсифікації джерел та модернізації системи водопостачання в майбутньому.

Водночас спостерігається дуже тривожне зростання кількості атак і обстрілів саме на об'єкти водної системи у східних регіонах, коли у 2021 р. об'єкти системи

водопостачання зазнавали атак 248 разів [88]. Це є перешкодою для реалізації запланованих заходів.

## 1.2. ЗАБРУДНЕННЯ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ

Схід України завжди характеризувався високим рівнем забруднення атмосферного повітря у зв'язку з розміщенням на цій території 21% промислових об'єктів країни. Наразі в регіоні за період збройного конфлікту спостерігається загальне скорочення викидів і виробництва промислових відходів.

Внаслідок військової агресії РФ, окупації третини території Донбасу, руйнування та припинення роботи частини промислових об'єктів, падіння обсягів промислового і сільськогосподарського виробництва як на підконтрольних, так і на непідконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей, з 2014 року зафіксовано зменшення викидів забруднюючих речовин від стаціонарних джерел.

З 2016 року спостерігається незначне зростання обсягів викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря (в середньому на 6,5% в рік по відношенню до попереднього року) внаслідок збільшення потужності та обсягів виробництва підприємств [5]. Однією з причин значних викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря є моральне старіння та фізичне зношення технологічного та пилогазоочисного устаткування.

Поряд з тим, згідно зі статистичними даними [6], на контрольованих Україною територіях Донецької та Луганської областей зафіксовано меншу кількість викидів в атмосферне повітря в 2021 році, ніж до початку військових дій — вони становлять 80,6% від показників 2014 року.

Такий стан речей спричинений двома факторами. По-перше, з 2017 року повністю припинено отримання інформації про обсяги викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря з частини територій Донецької та Луганської областей, які перебувають під тимчасовою окупацією Російської Федерації. По-друге, зменшення кількості викидів забруднюючих речовин у 2019–2021 роках пов'язане з виконанням підприємствами, які працюють на КУУТ Донецької та Луганської областей, природоохоронних заходів, спрямованих на зниження обсягів викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря стаціонарними джерелами [6]. Незважаючи на встановлену, хоча і періодичну, позитивну динаміку зміни стану атмосферного повітря, воно має досить високий рівень забруднення.

Основними забруднювачами атмосферного повітря є стаціонарні та пересувні джерела. Через припинення залізничного сполучення між КУУТ і НКУУТ значно



зросла роль автомобільного транспорту [7]. Та головними забруднювачами залишаються підприємства вугільної промисловості, металургії, коксохімічні підприємства, ТЕС та ТЕЦ. Найбільше забруднення атмосферного повітря спостерігається саме в тих містах та районах, де розташовані підприємства цих видів діяльності. Зокрема, у м. Маріуполь всього викинуто забруднюючих речовин 257,3 тис. т; м. Харцизьк — 53,7 тис. т; м. Єнакієве — 42,7 тис. т; м. Курахове — 126,4 тис. т; м. Слов'янськ — 0,4 тис. т. Речовинами, що найбільше забруднюють атмосферне повітря та негативно впливають на здоров'я населення підконтрольних Україні частин Донецької та Луганської областей, особливо у великих населених пунктах, є пил, діоксид азоту, діоксид сірки, оксид вуглецю, метали та їхні сполуки, бенз(а)пірен [8].

Значною проблемою є те, що міста Донеччини та Луганщини є густонаселеними, тому відбувається негативний вплив на здоров'я великої кількості людей.

Брак інформації про стан атмосферного повітря не дає можливості в повному обсязі оцінити зміни його якості за час конфлікту. В Донецькій та Луганській областях на територіях, непідконтрольних уряду України, та поблизу лінії розмежування наразі не працюють пости автоматизованого спостереження за станом атмосферного повітря, зокрема, припинили роботу пости контролю якості атмосферного повітря Донецького обласного центру з гідрометеорології в Донецьку, Макіївці, Горлівці, Єнакієвому та Торецьку, а також пости контролю якості атмосферного повітря Луганського обласного центру з гідрометеорології — в Луганську та Алчевську. Однак, згідно з даними інформаційно-аналітичних довідок за 2019–2020 роки, що готувалися Мінприроди (зараз — Міндовкілля), в містах Маріуполь, Краматорськ, Слов'янськ, Лисичанськ, Сєвєродонецьк та Рубіжне випадків високого забруднення з концентрацією домішок вище 5 максимально разових гранично допустимих концентрацій зареєстровано не було.

До початку конфлікту в Донецькій та Луганській областях розміщувалось близько 4500 потенційно небезпечних господарських об'єктів. З 2014 до 2020 року на підприємствах регіону зафіксовано понад 1200 випадків порушення штатної діяльності та аварійних ситуацій, частина з яких пов'язана з потенційною небезпечкою для населення та довкілля [9].

Заради зниження небезпеки з окремих промислових підприємств на Сході України були вивезені небезпечні речовини. За оцінками швейцарської місії для Управління ООН з координації гуманітарних питань, яка дослідила ситуацію в 20-кілометровій зоні уздовж лінії розмежування, кількість промислових джерел екологічної небезпеки насправді дуже велика, але історія конфлікту в цілому вказує на відсутність заподіяння умисної серйозної шкоди промисловим підприємствам. Крім того, відповідно до Мінських угод, сьогодні на території, яка знаходиться у зоні конфлікту, заборонено важке озброєння, здатне завдати серйозної шкоди промисловій

інфраструктурі (наприклад, дамбам хвостосховищ). Це не призвело до цілковитої відмови від використання важкого озброєння, але зменшило інтенсивність його застосування [10].

У поєднанні з високим ступенем готовності аварійних служб на великих підприємствах і підрозділів Державної служби України з надзвичайних ситуацій (ДСНС) реальна небезпека аварій з екологічними наслідками, здатними істотно погіршити вже достатньо несприятливу екологічну ситуацію в регіоні, в сучасних умовах, на думку згаданої вище місії, невисока (рівень ризику оцінено як «низький» або «середній»).

Однак порушення будь-якої з наведених умов (наприклад, унаслідок активізації бойових дій, зміни їх характеру, ускладнення доступу аварійних служб до об'єктів зі значними запасами небезпечних речовин) може значно підвищити ризик. Згідно з експертною оцінкою в рамках дослідження Координатора проєктів ОБСЄ в Україні, при реалізації несприятливих сценаріїв потенційна небезпека аварійних ситуацій з серйозними екологічними наслідками залишається значною. Відтак, близько 75 промислових підприємств потребують підвищеної уваги. До зон найбільш високого ризику для довкілля, що охоплюють як підконтрольні, так і непідконтрольні уряду України території, можна віднести агломерації Торецьк-Горлівка-Єнакієве, Макіївка-Донецьк-Ясинувата-Авдіївка; до зон високого ризику — агломерації Маріуполь, Харцизьк-Зугрес, Алчевськ-Ірміно-Золоте та Луганськ — Щастя [11].

Серед багатьох промислових підприємств, що зазнали пошкоджень унаслідок бойових дій, опинилися і найбільш екологічно небезпечні виробництва по обидві сторони лінії розмежування: Ясинівський, Авдіївський і Єнакіївський коксохімічні заводи, Єнакіївський, Макіївський та Донецький металургійні заводи, Алчевський металургійний комбінат, Лисичанський нафтопереробний завод, Донецький казенний завод хімічних виробів, Слов'янська, Луганська, Вуглегірська та Миронівська теплові електростанції, підприємства хімічної галузі — Сєвєродонецький завод «Азот» та Горлівський «Стирол» [11].

### 1.3. ПІДТОПЛЕННЯ ШАХТ

Перед початком війни на Сході України близько 150 вугільних шахт експлуатувалися або працювали у водовідливному режимі.

Внаслідок збройного конфлікту на непідконтрольних Україні частинах Донецької та Луганської областей почалися постійні перебої в роботі підприємств, які видобували вугілля, фіксувалися випадки пошкодження інфраструктури та

відключення вугледобувних підприємств від електропостачання. Це призводило до зупинки систем водовідведення шахтних вод, а в низці випадків — до повного затоплення шахт.

Зупинення водовідливу та вентиляції шахт на тимчасово окупованих територіях є чи не найбільш актуальною техногенною загрозою і для підконтрольних територій України, оскільки всі шахти на КУУТ мають гідравлічний зв'язок з шахтами на тимчасово окупованій території.

Нині водовідлив не працює практично від м. Горлівка до м. Єнакієве, в районі Первомайська, частково — в містах Донецьк, Макіївка, Шахтарськ, Торецьк.

36 шахт регіону затоплюється або вже повністю затоплені й не підлягають подальшій експлуатації. Підтоплення шахт та прилеглих територій — одна з основних причин потенційного забруднення підземних та поверхневих вод залізом, хлоридами, сульфатами, іншими мінеральними солями й важкими металами. Особливу загрозу становить підтоплення шахт, які використовувались як сховища відходів — «Олександр-Захід», «Вуглегірська» та імені Калініна в м. Горлівка Донецької області.

У гірничодобувних районах Донбасу при несанкціонованій зупинці водовідливу шахт і кар'єрів з 2019 року вже спостерігаються підтоплення та є загроза затоплення прилеглих міст і селищ. І якщо на підконтрольній території основною проблемою є перебої з відкачуванням води, то на непідконтрольних уряду України територіях з 2018 року відбувається масове затоплення закритих чи зруйнованих війною шахт. Під затоплення пішли 26 шахт тимчасово окупованої території. Серед цих шахт є і шахта «Юнком», яка є потенційним джерелом радіоактивного забруднення підземних вод, оскільки в 1979 році на ній було проведено контрольований підземний ядерний вибух. Україна досі не може одержати від Російської Федерації жодних документів про випробування [12]. В зв'язку з цим, гідрогеологи прогнозують до 2025 року:

- підйом ґрунтових вод і, як наслідок, підтоплення території, тобто житлові будинки, вулиці, присадибні ділянки можуть опинитися під водою;
- просідання ґрунтів, яке призведе до руйнації фундаментів і відповідно — до руйнації будівель, споруд, підземних газопроводів, каналізаційних та водопровідних систем і елементів системи водопостачання;
- потрапляння забруднених шахтних вод до горизонтів питної води і забруднення їх хімічними речовинами;
- мінералізацію ґрунтових вод та відкритих водосховищ та озер;
- міграцію вибухонебезпечного метану з шахт із його виходом на території міст і селищ [13].

За період конфлікту на Сході України були зафіксовані численні випадки відключення вугледобувних підприємств від електропостачання, що призводило до позаштатних ситуацій і залпових викидів шахтних газів. Порушення електропостачання насосних станцій у системах водовідведення шахтних вод у низці випадків ставало причиною повного затоплення шахт, підтоплення прилеглих територій і значного забруднення підземних вод.

У зв'язку з цим, 19 березня 2019 р. Луганська обласна військово-цивільна держадміністрація ухвалила рішення звернутися до Ради національної безпеки і оборони України (РНБО) з проханням розглянути ситуацію з можливим знеструмленням шахт у Луганській області [14]. Це рішення ухвалено на засіданні Комісії з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій.

Оскільки згадані шахти мають численні борги та не мають права на екологічну технологічну броню (мінімально допустимий рівень енергозабезпечення) в березні 2020 року було знеструмлено всі державні шахти на Луганщині [15], а в квітні 2021 року — знеструмлено всі об'єкти на Донеччині [16].

#### 1.4. ПРОБЛЕМА ЗАМІНУВАННЯ

Надзвичайно актуальним питанням є замінування територій на Сході України. Внаслідок тривалої російської агресії на території, підконтрольній Україні, заміновано приблизно 700 тис. гектарів: близько 560 тис. у Донецькій області й майже 120 тис. на Луганщині. Ці цифри приблизні, визначені на підставі тих даних, які надходять від груп розмінування та міжнародних неурядових організацій, які проводять не-технічне обстеження [17].

Залежно від сезону на згаданих територіях працюють щонайменше 50–60 груп розмінування на другому і третьому рубежах оборони. Перший рубіж поки що не розмінують, оскільки він перебуває під постійними обстрілами з НКУУТ. Жахливими наслідками цього факту є втрати і каліцтва як серед цивільного населення, так і українських військовослужбовців внаслідок підривів на замінованих територіях. На звільнених з 2014 року територіях залишилися сотні тисяч мін, фугасів та інших вибухонебезпечних предметів.

Крім того, чимала кількість артилерійських снарядів і мін, випущених у районі бойових дій, не вибухають. Попри те, що вибухонебезпечні предмети, які не розірвалися під час обстрілу, самі несуть небезпеку, вони вступають у хімічну реакцію з іншими елементами, що призводить до забруднення ґрунтів, відтак — підземних вод, атмосфери.

Нині є сенс вважати ці заміновані території виведеними з господарського обігу та такими, на яких доцільно максимально обмежити життєдіяльність населення. Практично йдеться про мораторій на будь-яке використання 17 тис. км<sup>2</sup> території. Збитки від виведення з обігу території такого розміру співставні з бюджетом кількох областей України.

Донбас є найбільшою у світі за площею та щільністю замінованою територією. Для прикладу, Хорватія витратила на розмінування власної території після Балканської війни (1991–1995 рр.) понад \$800 млн. Вартість розмінування одного гектара коштує кілька тисяч євро, що дозволяє прогнозувати, що витрати на розмінування Донбасу можуть досягати понад \$1 млрд. Очевидно, що нині українська сторона не в змозі забезпечити фінансування в таких обсягах. Крім того, ці кошти можна було б виділити на відновлення і модернізацію інфраструктури регіону, соціальні потреби населення, медичну допомогу та освіту [18].

## 1.5. ДОСТУП ДО ЕКОЛОГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Окрім екологічних та техногенних ризиків не менш важливим є ризик невизначеності і розбіжності в інтерпретації даних щодо проблем в зоні конфлікту на Сході України.

Загострюється необхідність систематизації наявної інформації та виявлення прогалин, що в ній залишаються, для безперечного встановлення фактів про стан довкілля та джерел екологічної небезпеки в зоні конфлікту як основи подальших дій.

Законом України «Про охорону навколишнього природного середовища» (ст. 20, 22) [19] передбачено створення державної системи моніторингу довкілля (далі — ДСМД) та проведення спостережень за станом навколишнього природного середовища, рівнем його забруднення. Виконання цих функцій на державному рівні покладено на Міністерство захисту довкілля та природних ресурсів України.

Згідно з Положенням про державну систему моніторингу довкілля [20], моніторинг довкілля здійснюється Мінагрополітики, Міндовкіллям, Держгеонадрами, Мінрегіоном, Державним космічним агенством України, а також ДСНС, Держлісагентством, Держводагентством, Держгеокадастром та їх територіальними органами, підприємствами, установами та організаціями, що належать до сфери їх управління.

Для кожного із цих суб'єктів визначено коло обов'язків у галузі виконання спостережень за станом навколишнього середовища. Визначимо доступність екологічної (передусім оперативної) інформації на їхніх сайтах. Організацію моніторингу довкілля в Україні покладено на Міністерство захисту довкілля та природних ресурсів України [21]. На сайті міністерства оприлюднено Національні доповіді про

стан навколишнього природного середовища в Україні до 2019 року включно. Те саме стосується й регіональних доповідей. На сторінці «Екологічні показники» з 36 груп активними є тільки 4, усі інші є лише ярликами.

Група «Викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря» містить абсолютні викиди, викиди на душу населення, на одиницю площі та одиницю ВВП, але лише до 2017 року включно.

Група «Якість атмосферного повітря в міських населених пунктах» містить середньорічні концентрації завислих речовин,  $SO_2$ ,  $NO_2$ ,  $NO$ ,  $CO$  в Києві й Харкові по 2017 рік включно. Інформація для інших населених пунктів відсутня. Група «Біохімічне споживання кисню (БСК) та концентрація азоту амонійного в річковій воді» містить дані з БСК5 і вмісту амоній-іонів у семи річках України. Наведено усереднені дані за відібраними 2...18 пробами до 2016 року включно.

Група «Біогенні речовини в прісній воді» містить дані про вміст фосфатів і нітратів у воді тих самих семи річок також до 2017 року включно. Міністерству підпорядковані служби та агентства, що також мають оперувати екологічною інформацією. На сайті Державної екологічної інспекції України [22] міститься посилання на інтерактивну карту офіційних і стихійних сміттєзвалищ «Екомапа»: через цей сервіс будь-хто може повідомити інформацію про стихійне сміттєзвалище, яке з'явиться на карті.

Державне агентство водних ресурсів [23] щотижня оновлює інформацію про основні гідрологічні параметри витрати води в річках, наповненість водосховищ, рівні води та їхні зміни, річки, де спостерігається перевищення допустимого вмісту хімічних речовин, їх величину. Дані державного моніторингу поверхневих вод представлені в розрізі постів моніторингу й дат відбору проб. У набір включені 16 ключових показників моніторингу: азот загальний, біохімічне споживання кисню за 5 діб, завислі (суспендовані) речовини, кисень розчинений, сульфат-іони, хлорид-іони, амоній-іони, нітрат-іони, нітрит-іони, фосфат-іони (поліфосфати), синтетичні поверхнево-активні речовини, перманганатна окислюваність, хімічне споживання кисню, фітопланктон, атразин, симазин. Кожна таблиця в наборі — дані спостережень за певний період.

Державну службу України з надзвичайних ситуацій у системі екологічної інформації представляє Український гідрометеорологічний центр [24]. Він публікує найбільш достовірну та оперативну метеорологічну інформацію. Дані про поточну погоду оновлюються на сайті для значної кількості міст України кожні три години. Гідрологічна інформація представлена оперативними даними про рівень води в річках та його динаміку, місячними оглядами й прогнозами, інформацією про паводки та водопілля. Наявна агрометеорологічна інформація та супутникові дані про хмарність. Більш детальну інформацію за переліченими показниками повинні

мати обласні центри з гідрометеорології, проте власні сайти мають лише 9 із них. Серед них — Донецький регіональний центр з гідрометеорології [25] та Луганський обласний центр з гідрометеорології [26].

На сайті Луганського обласного центру з гідрометеорології міститься інформація щодо пунктів моніторингу:

- забруднення атмосферного повітря. Спостереження проводяться на стаціонарних постах, які розташовані у містах Лисичанськ (2 поста), Сєвєродонецьк (1 пост) та Рубіжне (1 пост). Відбір проб повітря для проведення хімічного аналізу здійснюється щоденно за наступними забруднюючими домішками: пил, діоксид сірки, оксид вуглецю, діоксид азоту, аміак, формальдегід, хлористий водень та анілін;
- забруднення поверхневих вод. Комплексна лабораторія спостережень за забрудненням природного середовища «Лисичанськ» з 2021 року здійснює моніторинг стану забруднення поверхневих вод р. Сіверський Донець та її приток. Спостереження проводяться на 37 пунктах, які знаходяться на підконтрольних уряду України територіях Луганської та Донецької областей. Щомісячно здійснюється відбір проб води для проведення аналізу на фізико-хімічні показники.

На сайті Донецького регіонального центру з гідрометеорології подібної інформації немає.

Міністерство аграрної політики та продовольства України на своєму офіційному сайті [27] жодної інформації щодо стану ґрунтів сільськогосподарського призначення не наводить. Не вдалося знайти такої інформації і на сайтах Департаменту агропромислового розвитку та земельних відносин Донецької обласної державної адміністрації [28] та Департаменту агропромислового розвитку Луганської обласної військово-цивільної адміністрації [29].

Не кращою є ситуація і на сайті Державного агентства лісових ресурсів України [30], де дані про стан лісових ресурсів наведено за 2007 рік. Деяку інформацію представлено на сторінці «Землеустрій та охорона земель» сайту Державної служби України з питань геодезії, картографії та кадастру [31], проте й вона стосується, переважно, 2010–2012 років.

Основним джерелом інформації про якість питних вод в Україні є Національна доповідь про якість питної води та стан питного водопостачання, яку готує Міністерство розвитку громад і територій України [32]. Останній опублікований на сайті документ датовано 2019 роком. Деяку інформацію можна знайти на сайтах місцевих комунальних підприємств, проте оперативні дані наявні навіть не для

всіх обласних центрів. Це можна пояснити тим, що технології водопідготовки не забезпечують нормативних показників якості питної води.

Державне космічне агентство України є головним суб'єктом в галузі дистанційного зондування Землі. На сайті агентства [33] викладено багато інформації у вигляді тематичних карт. За допомогою системи пошуку та обробки супутникових даних «Січ-2» можна отримувати оперативну інформацію за такими основними напрямками:

- моніторинг аграрних ресурсів;
- моніторинг водних і земних покривів;
- моніторинг надзвичайних ситуацій.

Варто зазначити, що таку інформацію можна отримати лише за запитом юридичних осіб, тому практичного значення для пересічних громадян України вона не має.

З проведенням моніторингу довкілля на Сході України після початку бойових дій виникла складна ситуація. Від 2014 року не працюють пости контролю якості атмосферного повітря Донецького обласного центру з гідрометеорології в Донецьку, Макіївці, Горлівці та Єнакієвому, пости контролю якості атмосферного повітря Луганського обласного центру з гідрометеорології в Луганську та Алчевську. Не працюють пости контролю якості поверхневих вод Донецького та Луганського обласних центрів з гідрометеорології та Сіверсько-Донецького басейнового управління водних ресурсів, які опинилися на територіях, непідконтрольних уряду України, ускладнена робота Державних екологічних інспекцій у Донецькій і Луганській областях [34].

Для прикладу, серед 39 постів Сіверсько-Донецького басейнового управління водних ресурсів у Донецькій області та 24 у Луганській у 2014 році залишилося 20 і 6 відповідно [35]. Схожа ситуація спостерігається і з постами контролю якості атмосферного повітря обласних гідрометеоцентрів: у Донецькій області працювали 11 з 25, а в Луганській — 4 з 11 постів спостереження. У 2014 році припинили роботу автоматизовані пости спостереження за якістю атмосферного повітря у містах Донецьк та Макіївка Донецької області та у місті Щастя Луганської області [36].

Обладнання Луганського обласного центру контролю та профілактики хвороб МОЗ України залишилося на непідконтрольній території, потрібне нове. Те обладнання, яке наявне, неможливо в достатній мірі використовувати для аналізу. Потрібно забезпечити лабораторний відділ — наприклад, спектрофотометрами, хроматографами тощо. В Луганській області взагалі немає відділів екологічного аналізу. Крім того, ні гідрологічний центр, ні метеорологічний центр області не мають своїх лабораторій [37].



При неможливості централізованого збору актуальної і достовірної інформації через відсутність доступу до тієї чи іншої території або прямої чи опосередкованої загрози для відповідних спеціалістів до вирішення питань уточнення і оновлення оцінки небезпек на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей здійснюється залучення місцевих спеціалістів та жителів підконтрольних територій і сірої зони.

Однак досвід роботи окремих суб'єктів регіонального рівня свідчить про можливість створення сучасних систем моніторингу довкілля. Прикладом таких систем на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей є інтерактивні карти та інформаційні системи моніторингу стану навколишнього природного середовища (таблиця).

Таблиця. **Українські інформаційні системи стану навколишнього природного середовища**

Інформаційна система	URL
Інтерактивна карта актуального стану навколишнього середовища Донецької та Луганської областей	<a href="https://cxid-ekomap.com">https://cxid-ekomap.com</a>
Інформаційна система довкілля Донбасу DEIS (The Donbas Environment Information System)	<a href="https://deis.menr.gov.ua">https://deis.menr.gov.ua</a>
Карта офіційних і стихійних сміттєзвалищ «Екомапа»	<a href="https://ecomapa.gov.ua">https://ecomapa.gov.ua</a>
Автоматизована система моніторингу довкілля у Донецькій області	<a href="http://193.110.113.83:8091/asemDR/Default.aspx">http://193.110.113.83:8091/asemDR/Default.aspx</a>

За сприяння координатора проектів ОБСЄ в Україні в 2017 році була проведена оцінка шкоди, завданої довкіллю внаслідок військових дій та пріоритетів відновлення. За її результатами було розроблено інформаційну систему довкілля Донбасу — DEIS [38]. Це геоінформаційна система, яка містить різні види даних щодо пошкодження роботи підприємств та бібліотечний модуль, де можна знайти публікації для аналітичної роботи.

У вересні 2021 року ГО «Криголам» за фінансової підтримки Міністерства закордонних справ Чеської Республіки в рамках Transition Promotion Program в Україні запустила нову карту «Схід Екомап», що інформує про актуальний стан навколишнього середовища Донецької та Луганської областей [39]. Проект є не тільки інформаційним, а й комунікаційним. Спеціалісти, які працюють з питаннями екології Донбасу, а також місцеве населення можуть позначати точки проблем (сміттєві звалища, вирубка лісів, просідання ґрунту та інші) у своєму регіоні, додавши відповідну точку на мапі. Якщо громадяни помічають сміттєзвалище біля свого будинку, незаконну вирубку сусіднього лісу, тліючий терикон або турбуються

питанням якості питної води, вони можуть посприяти розв'язанню цієї проблеми. За допомогою карти можна:

- додати опис проблеми в одній з 10 категорій;
- вказати її розташування;
- додати фото, відео, текстовий файл зі статтею;
- переглянути відеоролики-пояснення, розроблені експертами;
- дізнатись детальніше про методи та інструменти, необхідні для розв'язання конкретної проблеми, запропоновані науковцями.

Міністерством захисту довкілля та природних ресурсів України запущено сервіс «Екомапа» [40], через який громадяни України, в тому числі і жителі підконтрольних територій Донецької та Луганської областей, можуть подати звернення про виявлені незаконні сміттєзвалища. Також на карті є дані про легальні полігони і функція моніторингу місць поводжень із небезпечними відходами.

На початку 2018 року Департаментом екології та природних ресурсів Донецької обласної державної адміністрації впроваджено першу в Україні автоматизовану систему екологічного моніторингу, яка включає в себе 6 підсистем: моніторинг атмосферного повітря, поверхневих вод, морської води, ґрунтів, підземних вод, зелених насаджень [41]. Крім того, встановлено вісім автоматизованих постів спостереження за якістю поверхневих вод на річках Сіверський Донець, Бахмутка, Казений Торець, Кривий Торець, Солона, Кальчик та Кальміус.

Водночас у Луганській області за цей період не було встановлено жодного нового автоматизованого поста спостережень. Така ситуація не дозволяє провести достовірну оцінку транскордонного переносу забруднюючих речовин у разі виникнення надзвичайних ситуацій, зокрема на тимчасово окупованих територіях, що може загрожувати Україні міжнародними позовами і значно сповільнити реагування під час виникнення аварій.

В.о. генерального директора ДУ «Луганський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» Володимир Жданов під час польової консультації зазначив, що обговорення щодо автоматизованої системи моніторингу довкілля тривають, але для її встановлення і безперебійної роботи наразі відсутні фінанси [37].

## ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Для вирішення проблем автоматизованої системи моніторингу довкілля необхідний подальший розвиток регіональних систем автоматизованих постів спостережень, особливо у Луганській області. Зокрема із залученням вітчизняних спеціалістів та впливових міжнародних партнерів.

Перший рівень системи моніторингу довкілля в Україні (державний) майже не сформований, відсутня єдина політика в цій галузі та єдиний центр збирання, накопичення та аналізу інформації про стан навколишнього середовища. Майже відсутня система забезпечення оперативного доступу до результатів спостережень пересічних громадян України.

Водночас, приклади успішного вирішення цього питання на локальному й регіональному рівнях свідчать про можливість формування Державної системи моніторингу довкілля, починаючи з низових ланок.

Проте підходи до реалізації таких локальних систем можуть суттєво різнитися, що створить проблеми під час формування загальнодержавної системи. Тому нагальним є визначення Міністерством захисту довкілля та природних ресурсів України загальних підходів до формування систем моніторингу довкілля на окремих територіях.

Під час польової консультації з представниками ДУ «Донецький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» та ДУ «Луганський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» заступник директора з науково-практичної роботи ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМНУ» Олена Турос зазначила, що є європейські методики визначення хімічних речовин (які мають використовуватися відповідно до Угоди про асоціацію України та ЄС). Існуючі підходи мають переглядатися, а також залучатися інститути для проведення навчань по вимірюванню. Встановлення постів моніторингу має обговорюватися, а показники — порівнюватися із середніми по країні на базі обласних центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ України [36].

Керівником експертної групи з питань моніторингу, оцінки та комунікації Директорату громадського здоров'я та профілактики захворюваності МОЗ України Олексієм Даниленком зазначено, що на 2022 рік планується закупка обладнання та передбачено фінансування.

Варто зауважити, що на думку заступника директора Інституту громадського здоров'я, самі пости моніторингу нічого не вирішують. Потрібно розробити

методику оцінки впливу довкілля на здоров'я, яка наразі відсутня. Така методика довго розробляється саме через потребу синхронізувати законодавство з європейським. Проте, в європейських країнах такого забруднення немає, отже це потрібно враховувати. В Україні забруднення еkleктичне, велика щільність підприємств. Нещодавно була затверджена методика оцінки ризиків для епідеміологів. Крім того, потрібно визначити розташування джерел забруднення, але не по критеріальним гранично допустимих концентраціях, а по ймовірнісних оцінках. Також потрібно створювати нову систему регулювання. В зв'язку з цим питанням Оленою Турос було зазначено, що планується відновити СанПін 201, розробити методику оцінки ризиків, а також є необхідність затвердження нових СанПінів для відкритих водойм, атмосферного повітря, забудови, місць захоронення відходів. При сприятливих умовах такі СанПіни можуть бути затверджені до кінця 2022 року [37].

На основі оцінки небезпеки мають регулярно плануватися й виділятися ресурси, в тому числі фінансові, для систематичного обмеження і зниження ризику. Зокрема для підтримання достатніх сил і засобів для своєчасної ліквідації можливих аварій, а також здійснюватися політичні заходи в рамках переговорного процесу.

Для запобігання ризиків надзвичайних ситуацій необхідно посилити контроль з боку міжнародних спостерігачів за дотриманням режиму тиші зі сторони тимчасово окупованих територій. Оскільки в умовах конфлікту основна небезпека пов'язана не з викидами забруднюючих речовин, а з можливістю забруднення навколишнього середовища в разі серйозних порушень у роботі та аварій на промислових та інших підприємствах регіону внаслідок обстрілів об'єктів інфраструктури.

## 2 СТАН СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ТЕРИТОРІЯХ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

### 2.1. ТРУДНОЩІ, ЯКІ ВИНИКЛИ ПІСЛЯ ПОЧАТКУ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

Функціонування системи охорони здоров'я на підконтрольних уряду територіях відбувається одночасно в умовах триваючої окупації частини Донецької та Луганської областей, подолання наслідків активних бойових дій та значної трансформації системи охорони здоров'я на території всієї України.

Реформа охорони здоров'я, започаткована у 2018 році, розгортається в Україні у всіх областях, не маючи жодних винятків та специфічних коригувань для підконтрольних уряду України територій Донецької і Луганської областей незважаючи на важку ситуацію з системою охорони здоров'я у регіоні. Для Донецької і Луганської областей не було передбачено ніяких перехідних періодів, послаблень, відтермінувань чи пільг, хоча на відміну решти території України вони мали значні виклики, пов'язані із розташуванням поряд з лінією розмежування. Після початку збройного конфлікту перед Департаментами охорони здоров'я Донецької та Луганської областей постали проблеми, пов'язані з:

- передислокацією установ та лікарень;
- залученням фахівців, які б мали можливість і бажання виїхати на підконтрольну уряду України територію;
- пошуком відповідного приміщення для роботи;
- перереєстрацією;
- відсутністю матеріально-технічної бази;
- пошуком житла для фахівців (було проблематично знайти житло, деяким доводилося певний час жити у лікарнях через брак коштів та житла);
- комплектуванням кадрів тощо.

У Луганській області медичний персонал остаточно переїхав на контрольовану Україною територію лише тоді, коли вирішили долю останнього тяжкохворого

пацієнта. Будучи уже на підконтрольній території, передавали на непідконтрольну частину препарати інсуліну для хворих на цукровий діабет, які є інсулінозалежними і які там залишилися, оскільки пацієнти лишилися без усіляких засобів забезпечити себе ліками [42].

Незважаючи на це, реформа на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей реалізовувалася на загальних підставах, а врахування політично-соціальної ситуації взагалі не було. Такий стан речей значно ускладнив подолання викликів, пов'язаних з військовими діями та додав викликів, пов'язаних із впровадженням медичної реформи на всіх ланках надання допомоги населенню. Проблеми з реформуванням медичної системи на контрольованих Україною територіях Донецької та Луганської областей тотожні з наслідками тимчасової окупації частини Сходу України. Це, наприклад, укомплектування кадрів, наявність медичного обладнання, фінансування тощо. Наприклад, у Світлодарську та Торецьку по сьогоднішній день можливі обстріли, в зв'язку з чим неможливо залучити кошти для купівлі нового чи ремонту старого обладнання, а вимоги до медичних установ цих міст такі ж, як і по всій Україні. В Авдіївці, наприклад, укомплектованість лікарні обладнанням на рівні 40%, але там і лікарні не має бути. У випадку закриття цієї лікарні жителям доведеться вирішувати проблему як дістатися найближчої лікарні в іншому місті. З питаннями щодо вирішення цієї ситуації, зумовленої початком реформи вторинної ланки, були неодноразові звернення від департаментів охорони здоров'я Донецької та Луганської областей до МОЗу, до Прем'єр-міністра та депутатів [42, 43].

## 2.2. ПРОБЛЕМИ З МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ

У районах поблизу лінії розмежування спостерігається дефіцит медичного персоналу (від 20% до 40% в залежності від населеного пункту). Поряд з тим, за словами працівників Департаментів охорони здоров'я Донецької та Луганської областей, у Донецькій області 40% наявних лікарів первинної і вторинної ланки є особами передпенсійного та пенсійного віку, у Луганській області цей показник сягає 50% [42, 43].

В Луганській області в 2014 році не всі фахівці змогли виїхати на контрольовані Україною території, зокрема і через брак робочих місць на підконтрольній частині. Адже, згідно чинного законодавства, якщо протягом 2-х місяців немає можливості створити робоче місце, працівник не отримує заробітну плату. Наприклад, серед таких фахівців, що не виїхали, були і фахівці Департаменту охорони

здоров'я Луганської обласної державної адміністрації, і фахівці обласних лікувальних закладів [42].

Молодь активно полишає території біля лінії розмежування. Це одна з причин відсутності достатньої кількості вузьких спеціалістів. Деякі населені пункти взагалі не охоплені сімейними лікарями. В Луганській області наразі будується обласна лікарня і є побоювання, що в ній не буде кому працювати.

Деяко краща ситуація в Донецькій області. Тут у 2020 році близько 200 студентів медичних спеціальностей вступили до інтернатури, а у 2021 році — 300 студентів. Департамент охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації планує заохочувати їх для того, щоб вони залишилися працювати в їх медичних установах. Хоча представники Департаментів охорони здоров'я і Донецької, і Луганської областей відмічають, що надання житла вже не є ключовим фактором залучення спеціалістів [42, 43].

Представники Департаменту охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації щодо залучення нових лікарів висловлюють занепокоєння малопотужним медичним навчальним закладом на підконтрольній уряду України території Луганської області, який не надто популярний серед абітурієнтів. Є випадки, коли молоді люди з КУУТ Донецької і Луганської областей їдуть навчатися на тимчасово окуповану територію до «Луганського державного медичного університету». А з інших областей молодь боїться їхати навчатися на Луганщину [42].

У Донецькій області укомплектованість медичних закладів необхідними спеціалістами найнижча серед усіх областей України. Наразі вона складає 63%. Особливо проблема відчутна там, де проходить лінія розмежування. Деяких спеціалістів взагалі немає в області (наприклад, дитячі анестезіологи) [43].

У Луганській області заклади первинної ланки мають дефіцит кадрів (53 особи), стаціонарні заклади 2-го рівня (156 осіб не вистачає) тощо. Відсутність лікарських кадрів уповільнює процес реформи. Представники Департаменту охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації зазначають, що жодного звернення щодо порушення прав пацієнтів на первинному і вторинному рівнях немає. Загалом рівень звернень у 2 рази менший, ніж по Україні. Заступник директора Департаменту охорони здоров'я Луганської ОДА — начальник управління з організації надання медичної допомоги населенню Юрій Інкелевич пов'язує це із дисципліною на місцях, командною роботою, вирішенням справ кожного хворого, тісною співпрацею із громадами і облдержадміністраціями [42].

Така ж ситуація спостерігається і в центрах контролю та профілактики хвороб МОЗ України Донецької та Луганської областей: середній вік працівників — 54 роки. Дефіцит кадрів існує не лише через міграційні процеси, а і через

небажання випускників медичних навчальних закладів йти працювати до лабораторних центрів [37].

До рішення проблеми забезпечення медичними кадрами долучаються і громади. На місцях приймають рішення щодо стимулів для їх залучення. Наприклад, у Старобільському районі надають житло; у Біловодському районі також дають житло всім лікарям і забезпечують індивідуальний ремонт у помешканнях. За словами представника Департаменту охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації, умови гарні, але надання житла не дуже стимулює приїзд лікарів. Головна причина — близький кордон з Росією і загроза військової ескалації, які стоять на заваді комплектації кадрів.

### 2.3. СТАН МЕДИЧНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ

На територіях Донецької і Луганської областей, де проходили військові дії, та на лінії розмежування була зруйнована медична інфраструктура. Третина центрів первинної медико-санітарної допомоги зазнали руйнувань або перебувають у непридатному стані через відсутність обслуговування, особливо у сільській місцевості. В районах поблизу лінії розмежування внаслідок конфлікту були пошкоджені більше 55% закладів охорони здоров'я, майже всі вони потребують відновлення.

Майже всі високоспеціалізовані заклади залишилися у місті Донецьк та Луганськ на непідконтрольній території. В Луганській області на непідконтрольній Україні частині залишилися всі реанімобілі; 63 лікувальні заклади, які фінансувалися з обласного бюджету, також залишилися на тій території. Тому населення 12-ти районів та 3-х міст (загально це близько 700 тис. населення) практично залишилося без надання високоспеціалізованої медичної допомоги. Через це часто виникає потреба в оптимізації маршруту пацієнтів — переведення пацієнтів в інші області [42].

У 2014 році на підконтрольну уряду України територію Луганської області переміщено 14 закладів охорони здоров'я, які опинилися у складних умовах — не було приміщення, фахівців, обладнання. Потрібно було заново налагоджувати всю систему надання послуг в сфері охорони здоров'я.

Частина закладів до цих пір переміщена на підконтрольну Україні територію частково. У Луганській області дотепер відсутня обласна реанімація; низка відділень терапевтичного профілю (16 найменувань). Пацієнти змушені їхати за межі області, щоб отримати спеціалізовану допомогу. В онкодиспансері дуже малий ліжковий фонд, відсутнє обладнання і немає умов для надання якісної онкологічної допомоги. Наразі всі переміщені заклади охорони здоров'я знаходяться на орендованих площах: так, у Сєвєродонецьку — відділення гемодіалізу,



у Лисичанську — кардіологічний диспансер, у Рубіжному і Лисичанську — наркологічний диспансер, реабілітація учасників АТО/ООС і т. д. Оплата оренди приміщень відбувається з обласного бюджету [42].

Луганська область до цього часу не має обласної лікарні. У той самий час збудувати і відкрити таку лікарню на 360 ліжок планується уже навесні 2025 р.

За тих пацієнтів, кому не можуть надати допомогу в закладах охорони здоров'я Луганської області, представники Департаменту охорони здоров'я Луганської ОДА домовляються індивідуально по кожному хворому через Департаменти охорони здоров'я сусідніх областей. Найчастіше зі спеціалізованою оперативною медичною допомогою допомагають фахівці Харківської області — з відправкою свого транспорту, з виїздом спеціалістів до конкретних хворих тощо [42].

На підконтрольній уряду України території Луганської області до цих пір немає перинатального центру 3-го, обласного, рівня, тому всіх вагітних своєчасно або з патологією везуть до інших таких закладів (за інформацією від представника Департаменту охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації Юрія Інкелевича, за 2014 і по 2020 рік було лише 2–3 випадки материнської смертності в області).

Фізичний доступ населення до закладів охорони здоров'я у межах областей залишається ключовою проблемою через обмежений рух громадського транспорту та пошкодження дорожньої інфраструктури. 52% сільських жителів Луганської області повідомили, що відсутність громадського транспорту не дає їм можливості відвідувати медичні установи, у порівнянні з 36% у міських районах. Останнім часом дороги почали ремонтуватися, що полегшило пересування між населеними пунктами [42].

У 2015 році Кабінет Міністрів дозволив використати кошти, які були виділені у 2014 р. на охорону здоров'я на території, які опинилися на непідконтрольній уряду України частині Луганської області, на потреби підконтрольної Україні території Луганської області. Завдяки частині цих коштів придбано 2 реанімобілі, реалізовано 2 програми із забезпечення автотранспортом закладів первинної ланки, забезпечено рентгенологічним обладнанням майже всі 12 районів та 3 міста тощо [42]. Це трохи покращило ситуацію з наданням медичної допомоги жителям, які не мають змоги відвідувати опорні лікарні.

Перебої з електро- та водопостачанням, проблеми з Інтернетом, у деяких населених пунктах відсутність мережі — це передусім проблеми сільської місцевості, і вони залишаються невирішеними. Обстріли об'єктів критичної цивільної інфраструктури продовжують спричиняти перебої у наданні послуг, унаслідок чого значна кількість людей позбавлена доступу або має обмежений доступ до води, санітарії, електроенергії та опалення [44]. За відсутності стабільного доступу до мережі

Інтернет, заклади охорони здоров'я не в змозі користуватися електронною системою обліку карток пацієнтів, призначати безкоштовні ліки, що надаються найбільш вразливим категоріям населення за системою eHealth, та робити перенаправлення.

У населених пунктах поблизу лінії розмежування відсутні аптеки та аптечні пункти. Відповідно до оцінки REACH, проведеної в 2019 році в ізольованих населених пунктах, 100% (16) населених пунктів не мали ані аптек, ані медичних пунктів, в яких вони могли б отримати медичну допомогу. Згідно з проведеним оцінюванням аптек MdM у березні 2019 року у постраждалих районах підконтрольної уряду України території Луганської області, лише у 33% з локацій є аптека чи аптечний пункт. Більш того, 31% населених пунктів продовжують працювати без аптеки чи доступу до медикаментів, 67% не мають доступу до транспорту, щоб купити медикаменти в інших локаціях. У середньому відстань, яку треба долати на транспорті до найближчої точки з ліками, становить 9,8 км [45].

## 2.4. ПРОБЛЕМА СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ

Населення похилого віку у Донецькій та Луганській областях потребує додаткової медичної уваги. Люди старше 65 років становлять понад третину (37%) постраждалих людей, які потребують гуманітарної допомоги. Це найвища частка людей похилого віку, які потребують підтримки в умовах гуманітарної кризи у світі [46].

Вік населення підконтрольних уряду України територій Донецької та Луганської областей вищий за середній показник по Україні, тому що люди похилого віку менш мобільні і частіше залишаються за місцем постійного проживання, зокрема з початком військових дій, ніж люди середнього та молодого віку. Молодь найчастіше переїжджала до міст у пошуках безпеки та працевлаштування [45]. Крім людей похилого віку, що звертаються по медичну допомогу (70%), 25% пацієнтів — люди з особливими потребами. З них понад 35% — ті, що мають труднощі з руховим апаратом. Більшість мають принаймні одне хронічне захворювання, притаманне їх віковій категорії (головним чином гіпертонію, серцево-судинні захворювання, діабет), та потребують постійного медичного нагляду [46].

Значною проблемою для людей, що постраждали від конфлікту, є психологічний стрес та емоційні проблеми. Вони спостерігаються у 70% населення, що проживає поблизу лінії розмежування. Ці люди загалом не знають про послуги з охорони психічного здоров'я та про те, де їх можна отримати. В основному більшість доступних психосоціальних послуг надається гуманітарними організаціями. Державні служби або не надають такі послуги, або ж вони доступні тільки у містах.

## 2.5. НАДАННЯ НАСЕЛЕННЮ ПОСЛУГ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

Багато кваліфікованих медичних працівників залишили Луганську та Донецьку області через небезпеку воєнних дій. Ті, хто залишається, часто стикається з необхідністю надавати послуги більшій кількості людей, з обмеженими ресурсами, нестачею базового обладнання, погіршенням інфраструктури охорони здоров'я, браком можливостей для підвищення професійних знань [42, 43] та низьким рівнем оплати виконаного обсягу роботи.

Внаслідок збройного конфлікту відбулося переміщення не тільки закладів, але й населення. Оскільки держава гарантує певні соціальні зобов'язання щодо населення з хронічними хворобами, пільговикам, то було необхідне переведення таких хворих на облік до інших лікарень. А це додаткове навантаження на місцеві бюджети, які прийняли таких пацієнтів. Отже, були потрібні й додаткові кошти [42].

У Луганській та Донецькій областях до надання медичної допомоги населенню долучаються міжнародні неурядові організації, які допомагають з медичним обладнанням. Відбувається тісна співпраця з Червоним Хрестом, зокрема щодо виїзду бригад до прифронтових зон, де на фельдшерських пунктах немає фельдшерів. Зараз їх волонтери приїждять по графіку і допомагають з поточними проблемами [42]. Представник Департаменту охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації наголосив на сильній підтримці від Департаменту охорони здоров'я Харківської області, який повсякчас відправляв свій транспорт, спеціалістів на виїзд до хворих тощо.

Завдяки допомозі фахівців Харківської, Полтавської, Дніпропетровської, Запорізької областей та м. Київ, по кожному хворому питанню вирішувалися персонально — запрошували спеціалістів, вони приїздили на реанімобілях, забирали хворих і поверталися назад. Така важка ситуація зберігалася протягом 2014, 2015 і до початку 2016 року. В 2016 році почали купувати реанімобілі, орендувати приміщення для закладів третинної ланки (для дорослих і для малюків) і стало легше організувати надання висококваліфікованої допомоги хворим [42].

### 2.5.1. Проблема перенавантаження медичних працівників первинної ланки

На підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей лікарі укладають договори на обслуговування населення понад встановлений НСЗУ ліміт (1800 пацієнтів на одного лікаря загальної практики — сімейного лікаря; 2000 осіб на одного лікаря-терапевта; 900 осіб на одного педіатра). У Луганській області кількість сімейних лікарів значно менша, ніж потрібно для обслуговування наявного

населення. Наприклад, у Попаснянському районі 6 лікарів на все населення (40 тис. осіб). Ситуація ускладнюється і небажанням частини населення укладати декларації, тому під питанням залишається як враховувати таких осіб і надавати їм медичну допомогу [37].

Під час польової консультації у рамках проекту представник Міністерства охорони здоров'я Олексій Даниленко зауважив, що лікарі не в змозі значно перевищити норми по кількості підписаних декларацій. Особливо з поточною демографічною ситуацією регіону, адже є багато пацієнтів похилого віку, які потребують регулярних обстежень. Звичайно, є черговий лікар, який надає консультації та може виїхати по виклику за необхідності, тобто жодна людина не залишається без допомоги [37].

Це робиться для того, щоб надати населенню принаймні мінімальний доступ до медичних послуг. У такому разі, до лікарів застосовується понижувальний коефіцієнт, що значною мірою впливає на дохід медичного закладу. Таку систему оплати було започатковано задля забезпечення доступу пацієнтів до консультацій та їхньої якості. Варто зауважити, що це працює в регіонах з достатньою кількістю лікарів. А на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей це понижує фінансові можливості медичного закладу щодо самозабезпечення та оплати праці персоналу. Таким чином, залежно від віку пацієнтів при перевищенні рекомендованої кількості пацієнтів лікар має до 80% недооплати за одного пацієнта (у випадку перевищення ліміту до 150%). Якщо ліміт перевищено на понад 150% — кошти від НСЗУ не нараховуються [47].

Останнім часом, в порівнянні з 2018 роком, знизився і сам тариф на медичні послуги, який включає увесь спектр видатків для надання медичної послуги: працю лікаря, працю медичної сестри, працю іншого персоналу, витратні матеріали, амортизацію медичного обладнання, видатки на організаційні цілі та інше. Зниження відбулося за рахунок зменшення коригувальних коефіцієнтів залежно від вікової групи пацієнтів [47].

Згідно з законодавством України, є можливості введення «коригувального коефіцієнта», який надасть змогу підвищити тариф у зв'язку зі специфічним навантаженням, яке пов'язане з роботою у сільській місцевості, що постраждала від конфлікту. Та на сьогодні коригувальний коефіцієнт 1,25 закріплений лише для гірської місцевості і не враховується ситуація, що склалася у регіонах, постраждалих від конфлікту. Таким чином, наразі не існує індикаторів якості у системі, які б мотивували лікарів залучатися до профоглядів, ведення вагітностей та хронічних захворювань, тому що рівень заробітної плати працівників ПМД не залежить від їх виконання. Поблизу лінії розмежування робота медичних працівників, окрім

інфраструктурних складнощів, підвищеного рівня небезпеки, ускладнюється ще й фінансовими труднощами та загальним психологічним вигоранням [42, 43].

### 2.5.2. Медичне обслуговування внутрішньо переміщених осіб

На даний час в Україні зареєстровано 1 385 062 внутрішньо переміщені особи (ВПО). З них 60% переїхали зі свого попереднього місця проживання в Донецькій області, 37% — з Луганської області, 3% — з Автономної Республіки Крим.

У цілому в містах на лінії розмежування можна виділити дві категорії внутрішньо переміщених осіб:

- переміщені особи, які переїхали з непідконтрольних уряду України територій і постійно проживають у населених пунктах на території, підконтрольній українській владі; найбільша їх кількість припадає на Донецьку та Луганську області, за даними різних джерел від 487 952 [48] до 528 000 [48] та від 271 367 [49] до 289 700 [49] відповідно;
- громадяни, які проживають на непідконтрольних уряду України територіях, але отримують соціальні послуги на підконтрольних територіях.

Серед загальної кількості внутрішньо переміщених осіб пенсіонери складають 806 600, люди з інвалідністю — 57 600, діти — 241 000. Така структура ВПО є додатковим навантаженням для медичної системи КУУТ [49].

На даний момент для переміщення населення між непідконтрольною та підконтрольною територіями повноцінно функціонує лише 2 КПВВ: «Новотроїцьке» і «Станиця Луганська». Постанова КМУ № 890 від 4.08.2021 передбачає на КПВВ 2 зони: режимну (прикордонники) і сервісну (зокрема, з сімейним лікарем та кімнатою матері і дитини) [50]. На даний час на цих КПВВ є пункти тестування на COVID. На КПВВ присутні представники Центрів первинної медичної допомоги, але вони повністю зайняті тестуванням [51].

У наявній мережі закладів первинної медичної допомоги не передбачено жодного медичного пункту на КПВВ. Однак, ВПО, які проживають на тимчасово окупованих територіях Донецької і Луганської областей, мають гарантії отримання медичних послуг на всіх ланках медичної допомоги у закладах охорони здоров'я на всій КУУТ на основі укладеної декларації з лікарем. Невідкладна допомога ВПО не потребує укладення декларацій. По Луганській області мало осіб, які заключили декларацію, але не проживають на підконтрольній території. Найчастіше громадяни, які постійно проживають на непідконтрольних територіях, звертаються за медичною допомогою в найближчі до КПВВ заклади охорони здоров'я.

Частина населення непідконтрольних територій з хронічними хворобами, які потребують постійного нагляду і не задоволені медичним обслуговуванням за місцем проживання, стають на облік у лікарнях, що розташовані на КУУТ. Оскільки, згідно з чинним законодавством [52], у разі невідкладного стану будь-хто може звертатися за медичною допомогою, тому така допомога може надаватися і жителям непідконтрольних територій. Це спричиняє додаткове навантаження на місцеві бюджети, але медичне обслуговування надається всім, хто його потребує.

На даний момент медичної статистичної звітності по отриманню послуг ВПО немає. Наявна звітність за 2015–2018 рр. (або 2019 р.) щодо кількості ВПО, яким було надано допомогу. Проте таку звітність відмінили в 2020 році [43].

### 2.5.3. Програма «Доступні ліки»

З квітня 2017 року на всій території України розпочато програму «Доступні ліки». В усьому світі головною причиною смертності є неінфекційні захворювання (НІЗ), і Україна не становить виняток. В Україні основний соціальний і економічний тягар неінфекційних захворювань зумовлений чотирма хворобами: серцево-судинними захворюваннями, діабетом, онкологічними хворобами та хронічними обструктивними захворюваннями легень. Саме тому, згідно з програмою, пацієнти з серцево-судинними захворюваннями, бронхіальною астмою чи діабетом II типу можуть отримати ліки безоплатно або з незначною доплатою. Впровадження такої програми дозволяє значно зменшити кількість гострих станів у людей, які мають відповідні хронічні захворювання і знизити ризик розвитку інсульту, інфаркту, гіперглікемічної коми тощо.

Головними учасниками програми «Доступні ліки» на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей є аптеки державної власності «Фармація». Приватні аптеки, у свою чергу, не дуже активно погоджуються брати участь у програмі. Одним із аргументів приватних аптек є складність процедури, а також неврахування їхніх витрат на участь у програмі і логістичні розрахунки. Загалом, на одного клієнта за програмою «Доступні ліки» оформлення та видача ліків займає близько 10–15 хвилин. Водночас, враховуючи перебої з електропостачанням та Інтернетом, цей процес може зайняти більше часу. Учасниками такої програми на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей є приблизно 47% наявних аптек. Додатково процес отримання людьми безкоштовних ліків ускладнюється і фактичною відсутністю аптек та аптечних пунктів у сільській місцевості [53].

#### 2.5.4. Впровадження інформаційних технологій в медичне обслуговування

Як вже було зазначено вище, реформа охорони здоров'я, започаткована у 2018 році, розгортається на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей не маючи жодних винятків та специфічних коригувань. Це стосується і впровадження в медичне обслуговування населення інформаційних технологій, а саме — телемедицини.

Згідно із законодавством України [54], головною метою впровадження телемедицини є поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення рівного доступу до медичних послуг належної якості. Телемедицина надає можливість отримати фахову консультацію вузькопрофільного спеціаліста стосовно діагнозу чи лікування, при цьому скоротивши час на візити до лікаря. Для КУУТ Донецької та Луганської областей це особливо актуально через руйнування транспортної та медичної інфраструктури.

На території Донецької області організований щотижневий моніторинг використання телеконсультацій у медичній практиці. Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я, з червня 2019 року виконано 334 телемедичні консультації хворих на патологію серцево-судинної системи. Зазначена робота проводиться на базі Обласного центру екстреної медичної допомоги, ЦПМСД № 1 м. Маріуполь та ЦПМСД Бахмутського району. Тривають заходи зі створення Обласного центру телемедицини на базі КЗОЗ «ОЛІЛ» м. Маріуполь [54].

Основними проблемами впровадження телемедицини у роботу лікувальних установ на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей є:

- відсутність технічного обладнання, низька якість Інтернет-зв'язку, відсутність коштів на придбання програмного забезпечення для підключення до онлайн-прийому пацієнтів;
- відсутність відповідних знань у медичного персоналу щодо роботи з мобільним діагностичним комплексом та комп'ютерним обладнанням;
- питання щодо оплати телемедичних послуг, надання телемедичних послуг пацієнтам, які не уклали декларації про вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги.

Необхідно зазначити, що у бюджеті на 2021 рік було закладено 500 млн грн на підключення до волоконно-оптичних ліній зв'язку закладів соціальної інфраструктури у віддалених селах всієї України, де підключення досі немає, в тому числі і на КУУТ Донецької та Луганської областей [8].

Додатковою проблемою впровадження телемедицини, яка спостерігається не лише в Донецькій і Луганській областях, є людський і культурний фактори. Деякі пацієнти і медичні працівники чинять опір застосуванню сучасних цифрових моделей лікування, які відрізняються від традиційних підходів або місцевої практики. Інші — не володіють достатньою обізнаністю в галузі використання методів телемедицини.

Однією зі специфік функціонування системи охорони здоров'я на контрольованих українською владою територіях Донецької та Луганської областей є низький рівень знань населення стосовно гарантій щодо медичного обслуговування, особливо це стосується сільської місцевості. Багато пацієнтів не знають про перелік гарантованих послуг та безкоштовних медикаментів. Люди активно підписують декларації з лікарями, але фактично більшість з них за весь період дії договору не контактує з ними — навіть ті, чий стан здоров'я потребує постійного медичного нагляду. Це дає можливість медичному закладу «економити» на наданих населенню послугах [54].

## 2.6. НАЯВНІСТЬ ТА УЗГОДЖЕНІСТЬ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Доступ до медичної статистичної інформації в Україні можна отримати на сайтах центральних та регіональних установ: Головного управління статистики, Центру медичної статистики МОЗ України, Центру громадського здоров'я та Державної служби статистики.

На сайті Державної служби статистики [55] наявна інформація щодо закладів охорони здоров'я, медичних кадрів та захворюваності населення. Дані щодо захворюваності населення наведено для дев'яти нозологічних груп: новоутворення; хвороби нервової системи; хвороби системи кровообігу; хвороби органів дихання; хвороби шкіри та підшкірної клітковини; хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини; хвороби сечостатевої системи; уроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення; травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин. Однак, інформація надана загалом по всій території України без поділу на регіони та міста. Крім того, наявна статистика стосується часового проміжку 1990–2017 року. Тому для аналізу стану громадського здоров'я на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей вона не придатна.

Сайти Головного управління статистики Донецької [56] та Луганської [57] областей теж містять інформацію щодо закладів охорони здоров'я, медичних кадрів та захворюваності населення. Остання представлена тими ж дев'ятьма нозологічними



групами, що і на сайті Державної служби статистики. Інформація подана загалом по області починаючи з 2014 року, без врахування тимчасово окупованих територій. Часовий проміжок, який характеризують статистичні дані, обмежений 2017 роком.

Згідно з Переліком наборів даних, що підлягають оприлюдненню у формі відкритих даних, їхнім розпорядником є Міністерство охорони здоров'я України відповідно до затвердженого Наказу Міністерства охорони здоров'я України № 2267 від 06.10.2020 [58]. Центр медичної статистики МОЗ щорічно повинен оприлюднювати звіти за формами медичної статистики (по роках). На сайті відповідного Центру у вкладці «Оперативна інформація» міститься посилання на один довідник «Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні» за 2016 та 2017 рр., але за посиланням інформація відсутня. У вкладці «Статистичні дані» містяться щорічні архіви, які можна завантажити, з детальною інформацією за 26 формами медичної звітності (рисунок).

Рисунок. Перелік форм медичної звітності

[..]		<Папка> 15.01.2022 11:15		----	
Форма 33-коротка	ЗВІТ ПРО ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ	xls	76 800	29.03.2021 12:37	-a--
Форма N-7.	Звіт про захворюваність на злоякісні новоутворен	xls	659 456	29.03.2021 12:13	-a--
Форма N-8.	Звіт про захворюваність на активний туберкульоз	xls	216 576	29.03.2021 12:13	-a--
Форма N-9.	Звіт про захв., які передаються статевим шляхом	xls	117 760	29.03.2021 12:14	-a--
Форма N-13.	Звіт про аборти	xls	81 920	29.03.2021 12:14	-a--
Форма N-15.	Звіт про мед.обслуг.насел.яке підпало під радіац	xls	91 136	29.03.2021 12:25	-a--
Форма N-16.	Звіт про число захв.та причини смерті від радіац	xls	495 616	29.03.2021 12:26	-a--
Форма N-17.	Звіт про медичні кадри	xls	422 912	29.03.2021 12:26	-a--
Форма N-19.	Звіт про континг.дітей-інвал.віком до 16 років	xls	209 408	29.03.2021 12:26	-a--
Форма N-21.	Звіт про мед.допом.вагітн.,роділлям і породіллям	xls	430 592	29.03.2021 12:27	-a--
Форма N-22.	Звіт станції швидкої медичної допомоги 2020	xlsx	119 291	06.04.2021 17:01	-a--
Форма N-24.	Звіт фельдшерсько-акушерського пункту	xls	62 976	29.03.2021 12:27	-a--
Форма N-25.	Звіт будинку дитини	xls	232 960	29.03.2021 12:28	-a--
Форма N-31.	Звіт про медичну допомогу дітям	xls	215 552	29.03.2021 12:28	-a--
Форма N-32.	Звіт про лікування .хвор. через вживання психоактив..	xls	169 472	29.03.2021 12:30	-a--
Форма N-33.	Звіт про хворих на туберкульоз	xls	272 384	29.03.2021 12:31	-a--
Форма N-34.	Звіт про конт.хвор.сифілісом,гонокок.інфек	xls	91 136	29.03.2021 12:31	-a--
Форма N-35.	Звіт про хворих на злоякісні новоутворення	xls	373 760	29.03.2021 12:31	-a--
Форма N-37.	Звіт обл,центр,міської МСЕК.	xls	78 848	29.03.2021 12:32	-a--
Форма N-37-1.	Звіт пр кіл-сть технічн.засобів для інвалідів	xlsx	60 823	06.04.2021 17:02	-a--
Форма N-39.	Звіт центру служби крові	xls	377 344	29.03.2021 12:35	-a--
Форма N-41-зд.	Звіт про допоміжні репродуктивні технології	xls	364 544	29.03.2021 12:35	-a--
Форма N-44.	Звіт санаторію	xls	131 072	29.03.2021 12:35	-a--
Форма N-47.	Звіт про мережу та діяльність медичних закладів.	xls	2 284 544	29.03.2021 12:36	-a--
Форма N-49.	Звіт про надання медико-генетичної допомоги	xls	412 160	29.03.2021 12:36	-a--
Форма №20	Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно	xls	2 202 112	06.04.2021 15:15	-a--

Дані акумульовані у розрізі областей України. Інформація наявна вже за 2021 рік. Недоліком цієї статистичної інформації є неможливість виокремити значення показників КУУТ Донецької та Луганської областей, а також відсутність даних щодо неінфекційної захворюваності, на основі якої було б можливим встановити вплив екологічних та техногенних факторів на стан здоров'я населення.

Сайт Центру громадського здоров'я містить [59] в основному довідкову та роз'яснювальну інформацію про інфекційні захворювання. За запитом на

інформацію ЦГЗ надає статистику за переліком форм медичної звітності, вказаних на рисунку. Статистика щодо неінфекційної захворюваності за класами хвороб МКХ-10 відсутня з 2017 року.

Таким чином, головну проблему для оцінки стану здоров'я населення підконтрольних уряду України територій Донецької та Луганської областей становить відсутність достовірних статистичних даних щодо загальної та первинної захворюваності і смертності як всього населення, так і за статтю та віком. Це пов'язано з тим, що в 2017 році було скасовано морально застарілі форми первинної облікової документації, в тому числі і форму № 12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу», яка містила дані захворюваності та поширеності хвороб дитячого та дорослого населення за 18-ма нозологічними групами.

За інформацією фахівців ДУ «Луганський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» через скасування форми № 12 дані щодо неінфекційної захворюваності населення доволі обмежені. В.о. генерального директора установи Володимир Жданов зазначив, що наразі можлива її часткова заміна формою 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу», формою 7 «Звіт про захворювання на злоякісні новоутворення» та формою 35 «Звіт про хворих на злоякісні новоутворення». На даний час в обласних центрах контролю та профілактики хвороб МОЗ України і Донецької, і Луганської областей користуються саме цими трьома формами. За ними представники відповідних обласних центрів отримують дані по звітності від обласних департаментів охорони здоров'я, а також дані з державної служби статистики щодо чисельності, смертності та руху населення [37].

Однак для оперативної і точної оцінки гострої та хронічної захворюваності на неінфекційні хвороби дорослого та дитячого населення згідно з МКХ-10 перегляду, даних за форматом форми № 12 дуже не вистачає. Так, наприклад, на основі даних форми № 12 за 2014–2017 роки фахівцями обласного центру контролю та профілактики хвороб МОЗ України в Донецькій області було проведено дослідження дитячої захворюваності по регіонам, де встановлювався зв'язок між захворюваннями нервової, серцево-судинної системи та захворюваннями органів травлення із впливом психологічних факторів, які пов'язані з військовими діями. Наразі такі дослідження неможливі через брак необхідної статистики [37].

Саме тому є гостра необхідність розробки та впровадження в роботу регіональних структур МОЗ електронної форми, яка б містила дані по неінфекційній захворюваності за статеві-віковим складом населення або програми, яка таку форму складає.

Разом зі скасуванням в 2017 році низки паперових форм первинної медичної звітності, на всій території України, включно з підконтрольними уряду України

територіями Донецької та Луганської областей, було розпочато впровадження електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) eHealth [60]. Це двокомпонентна система, в якій користувач через медичну інформаційну систему взаємодіє з центральною базою даних.

Передбачено, що всі дані, які стосуються неінфекційної та інфекційної захворюваності населення та наданої медичної допомоги, акумулюватимуться в ЕСОЗ. Наказом МОЗ № 13 від 04.01.2018 [61] створено електронну форму звітності на основі даних впровадженої системи міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2) [62]. ICPC-2 має близько 1300 кодів, які описують найбільш часті (більше ніж 1 випадок на 1000 пацієнтів на рік) проблеми. Рівень деталізації цих проблем є відповідним для первинної медичної допомоги. Крім того, можна налаштовувати ICPC-2 відповідно до місцевих епідеміологічних потреб. Для порівняння: наявна сьогодні Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10) містить від 14000 до 140000 кодів із складною системою кодування, більшість з яких не використовується в ПМД<sup>1</sup>. Застосовувати МКХ-10 з відповідною деталізацією можливо в умовах стаціонарних відділень лікарень, де використовується лише обмежена кількість кодів МКХ відповідно до спеціалізації конкретного відділення.

Базовим поняттям в ICPC-2 є епізод медичної допомоги — взаємодія пацієнта з медичним закладом від першого звернення (візиту) до медичного працівника до останнього візиту (включно) з цією ж проблемою. Це дозволяє ефективно групувати медичну інформацію, коли дані різних окремих візитів «нанизуються» на один епізод медичної допомоги. Наприклад, пацієнт з хронічними захворюваннями часто звертається до закладів ПМД<sup>1</sup> і нерідко під час одного візиту вказує декілька різних проблем. ICPC-2 дозволяє лікарю структурувати медичні записи про пацієнта в розрізі його окремих хронічних захворювань. Це покращує якість медичної допомоги і дозволяє оптимально розпланувати ресурси ПМД<sup>1</sup> у відповідності до потреб пацієнтів.

З огляду на вищесказане, інформація згідно з ICPC-2 може не лише замінити дані форми № 12 у розрізі загальної та первинної захворюваності, але і покращити статистичний аналіз таких даних, оскільки містить інформацію про статевий розподіл пацієнтів ПМД<sup>1</sup>, а також детальний віковий розподіл, адже у формі № 12 не передбачено статево-вікового розподілу.

Однак, у зв'язку зі змінами в керівництві МОЗ в 2019 році та початком пандемії COVID-19 електронна звітність у частині доступу фахівців до даних в ЕСОЗ в запланованому об'ємі не запрацювала. Наразі, до електронної системи звітності доступу немає, це платна послуга. Доступ до ЕСОЗ відсутній навіть у представників обласних центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ України.

Поряд з eHealth, існує Електронна інтегрована інформаційна система спостереження за інфекційними захворюваннями (ЕЛІССЗ), в якій передбачено можливість вносити статистичні дані щодо інфекційної захворюваності населення. Та через пандемію в систему наразі надходять лише дані про захворюваність на COVID-19.

Крім відсутності доступу до єдиної електронної системи, у медичних працівників немає можливості впорядковувати наявні у них статистичні дані через розрив комунікації між різними відомствами. Деякі регіональні департаменти громадського здоров'я до цих пір збирають дані відповідно до скасованих форм і можуть надавати їх центральним органам. Проте офіційно вони не зобов'язані звітувати [43]. Фахівці департаментів охорони здоров'я Донецької та Луганської обласних державних адміністрацій зазначають, що не мають даних щодо інфекційної захворюваності, оскільки МОЗ не зобов'язує їх вести звітність [42].

На сьогодні єдина надійна статистична система щодо даних по захворюваності — це Національний канцер-реєстр України при Національному інституті раку [63]. На сайті канцер-реєстру оперативно публікуються щорічні бюлетені з даними по онкологічним захворюванням населення України зі статеві-віковим розподілом.

Внаслідок медичної реформи складнощі збору даних по захворюваності пов'язані ще й з розподілом населення між лікарями відповідно до декларацій, тому важко зібрати дані по первинній ланці з урахуванням вікових категорій, статі, території проживання тощо. Раніше статистичні дані збирав кожен лікувальний заклад. Проте, зараз нормативно не визначено ким має заповнюватися статистична система і як дані повинні передаватися з місцевих закладів в обласні і далі. Крім того, потрібно залучати та погоджувати дані, які надаються і первинною, і вторинною, і третинною ланкою. Необхідно точно визначити, хто саме буде їх вносити. Наразі складно оцінити, чи коректні дані по захворюваності надходять від сімейних лікарів, адже у них не вистачає часу на ведення статистики в повній мірі.

На думку представника Міністерства охорони здоров'я Олексія Даниленка, організувати систему звітування варто через систему E-health, яка має бути доопрацьована. А саме має бути визначено яким чином розподілятимуться дані з хмарного сховища — по областях, районам, лікувальному закладу, громаді, чи по кожному лікарю [37].

В умовах пандемії значно скоротилися звернення по іншим хворобам, тому наявні дані щодо неінфекційної захворюваності можуть бути некоректними. Поряд з тим, спостерігається і недостатня реєстрація випадків захворювання на COVID-19 через недостатнє тестування у випадку легких симптомів. Це також впливає на якість статистичних даних. Хворі часто звертаються тоді, коли вже неможливо не звернутися.

За даними фахівців Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України, в 30-км зоні від лінії розмежування на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей існують проблеми з доступом до медичних послуг, але немає статистичних даних щодо звернень населення [51].

Статистична інформація щодо захворюваності населення на підконтрольних частинах Донеччини і Луганщини та надання йому медичної допомоги не відповідає фактичним даним, які наявні в регіональних установах охорони здоров'я та лабораторних центрах. На різницю в показниках впливає декілька факторів, але основним є формування нових громад на основі старих районів внаслідок реформи децентралізації. Тому кількість населення та стан його здоров'я в статистичній інформації не відповідає дійсності. Часто розрахунок різноманітних статистичних показників відбувається з урахуванням непідконтрольних уряду України територій Донецької та Луганської областей, відповідно до кількості населення, що фактично не відповідає дійсності, та, в свою чергу, ускладнює можливість отримання об'єктивної інформації щодо статистичних даних з охорони здоров'я. Так, за інформацією від працівників Департаменту охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації, статистичні дані по Донецькій області вже 7 років надаються з розрахунку на 4,2 мільйони населення, а не на 1,7 млн, які на сьогоднішній день проживають на підконтрольній території [43].

## 2.7. ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАХОДИ ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ

Україна має один із найвищих у Європі показників смертності від неінфекційних захворювань. Цукровий діабет, рак, серцево-судинні захворювання, хронічні хвороби органів дихання зумовлюють понад 2/3 загальної захворюваності та близько 86% смертей в Україні [64].

За даними ВООЗ, з усіх факторів ризику неінфекційної захворюваності перше місце посідає нездоровий спосіб життя, питома вага якого складає 50% усіх ризиків, що впливають на здоров'я. Це, в першу чергу, такі фактори як нераціональне харчування, гіподинамія, куріння і споживання алкоголю. Відмова від цих поведінкових факторів ризику дозволить значно поліпшити показники здоров'я населення, зменшити передчасну смертність та зупинити зростання захворюваності на ожиріння та діабет. За оцінками міжнародних експертів, близько 50% смертей від неінфекційних захворювань можна уникнути, якщо населення зробить вибір на користь здорового способу життя [65].

У 2018 році уряд України затвердив Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Цей план передбачає на державному та регіональному рівнях:

- формування та розвиток системи громадського здоров'я;
- посилення санітарно-просвітницької роботи в початкових та середніх навчальних закладах;
- збільшення обізнаності населення щодо факторів ризику неінфекційних захворювань, шляхів їх зменшення;
- зменшення передчасної смертності від неінфекційних захворювань (серцево-судинних захворювань, раку, діабету, хронічних респіраторних захворювань та інших);
- створення реальних передумов для покращення медико-демографічної ситуації в країні [66].

При вдалій реалізації Національного плану передбачається:

- збільшення до одного року показника середньої тривалості життя при народженні;
- забезпечення участі громадськості у здійсненні заходів із створення національної системи охорони здоров'я;
- підвищення трудоресурсного потенціалу за рахунок підвищення якості надання медичної допомоги;
- забезпечення профілактики захворювань та ефективної діяльності громадської охорони здоров'я.

При цьому, Україна до 2019 р. не мала загальнонаціональних репрезентативних даних про основні фактори ризику неінфекційних захворювань, що, безумовно, перешкоджало прийняттю науково обґрунтованих рішень з метою покращення ситуації. Фрагментарні дослідження, що стосувались окремих факторів ризику, таких як тютюн, відображали лише невелику частину тягаря НІЗ.

Національний план щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку, ухвалений урядом України в 2018 р., нарешті виніс питання протидії НІЗ на державний рівень. Це було перше подібне рішення держави у боротьбі з НІЗ, засноване на принципі «Здоров'я в усіх політиках». Планом, серед інших заходів, передбачено проведення низки загальнонаціональних досліджень щодо поширеності факторів ризику НІЗ серед різних вікових і гендерних груп [66].

Наявність таких даних дозволяє оцінити існуючу ситуацію, запропонувати заходи, спрямовані на поліпшення стану здоров'я та доступності профілактичних послуг, і відслідковувати в подальшому прогрес досягнення визначених цілей.

У 2019 р. в Україні вперше проведено національне дослідження щодо поширеності основних факторів ризику НІЗ, яке відповідає затвердженому ВООЗ поетапному підходу до епідагляду (STEPS). Його метою було отримати базову інформацію щодо основних факторів ризику НІЗ (як поведінкових, так і метаболічних).

Отримана в процесі дослідження інформація є відправною точкою моніторингу факторів ризику НІЗ в Україні. Вона дозволить відслідковувати ефективність реалізації Національного плану щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Крім того, нині є можливість, використовуючи результати дослідження, порівняти поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань з різними країнами та, спираючись на застосовувані практики, обрати найефективніші профілактичні інтервенції для України [65].

Як уже вище зазначалося, система охорони здоров'я на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей функціонує в умовах нестачі медичних кадрів, медичного обладнання, медичних закладів первинної, вторинної та третинної ланки. Але, поряд з тим, має на регіональному рівні повністю впроваджувати всі елементи медичної реформи, а також передбачені чинним законодавством плани та заходи по збереженню здоров'я населення. Проведення роботи з профілактики неінфекційних захворювань МОЗ покладає на лікарів первинної ланки, оскільки саме вони найчастіше контактують з населенням. Серед інших до їх обов'язків входять: консультування пацієнтів щодо здорового способу життя; проведення заходів масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань; інформування пацієнта щодо національних скринінгових програм та виконання інших функцій відповідно до законодавства або до програми [67].

На контрольованих Україною територіях Донецької та Луганської областей діє Державна програма медичних гарантій, яка дає можливість населенню безкоштовно отримати профілактичний огляд; безоплатні лабораторні обстеження (загальний аналіз крові, сечі, рівень глюкози в крові, загальний холестерин, електрокардіограма); проходження планових оглядів дітей до 3 років; отримання електронного рецепта на «Доступні ліки» тощо.

На території Донецької області триває виконання регіональної програми «Профілактика та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2018–2022 роки» [68].

Працівниками закладів охорони здоров'я з метою підвищення рівня обізнаності населення постійно проводиться робота стосовно профілактики серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань, перших ознак гострих порушень

мозкового кровообігу та гострого коронарного синдрому, про надання невідкладної допомоги таким хворим, пропаганди здорового способу життя, свідомої корекції факторів ризику. Здійснюється діагностика та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань. Проводиться навчання медичних працівників з питань діагностики та надання медичної допомоги хворим з ССЗ та СМЗ. Всі амбулаторії ЦПМСД забезпечені необхідною апаратурою [68].

За результатами впровадження програми «Профілактика та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2018–2022 роки» в 2021 році досягнуто:

- зниження летальності при гострому інфаркті міокарда на 2,7% у порівнянні з 2020 роком;
- вихід, вперше в Україні, кардіохірургічної служби Донецької області, яка працює у режимі 24/7, на міжрегіональний рівень;
- стабілізовано рівень первинної інвалідності пацієнтів з серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями.

На жаль, інформація про НІЗ та їх фактори ризику переважно є недоступними в рутинних інформаційних системах охорони здоров'я. Нинішня пандемія COVID-19 стала нагадуванням про вплив супутніх НІЗ, які згубно впливають як на тяжкість захворювання, так і на тривалість хвороби.

За інформацією, отриманою від заступника директора Департаменту охорони здоров'я Луганської ОДА — начальника управління з організації надання медичної допомоги населенню Юрія Інкелевича, лікарі первинної ланки заохочують своїх пацієнтів проходити профогляди, інформуючи їх про те, що всі витрати на обстеження компенсує держава. Крім того, для Луганської області закуплено два автомобілі, які оснащені сучасним обладнанням (УЗД, гастрофіброскопія тощо). Лікарі виїздять на заявки з міст і проводять поглиблений медичний огляд для маломобільних груп населення, що проживають віддалено тощо [42].

На польовій консультації в рамках проекту з представниками Донецького та Луганського обласних центрів контролю та профілактики хвороб була отримана інформація про розробку регіональних програм щодо профілактики захворюваності [37]. Представники згаданих обласних центрів повідомили, що оскільки в поточній медичній системі основний тягар роботи з населенням (прийом хворих, лікарняні, рецепти, проведення комунікації) лягає на сімейного лікаря, то профілактика опиняється на останньому місці. На думку в.о. генерального директора ДУ «Луганський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» Володимира Жданова, функціонування системи «Доступні ліки» є профілактикою інвалідизації та смертності населення. Всі представники регіональних департаментів МОЗ та центрів контролю та профілактики хвороб оцінюють програму дуже позитивно [43, 37].



Щодо профілактики інфекційної захворюваності, то найбільш ефективним методом є вакцинація. Серйозною перешкодою тут є протидія населення і навіть деяких лікарів. Наразі, в зв'язку з пандемією COVID-19, вакцинація по всіх захворюванням, окрім COVID, на КУУТ Донецької та Луганської областей розглядається в останню чергу. Хоча і вакцинація від COVID просувається не так оперативно через недостатність інформації, яка надається пацієнтам: щодо дії вакцин, щодо протипоказань до вакцинації тощо. Представник ДУ «Луганський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» відмічає, що тут основний результат залежить від контакту сімейного лікаря з кожною окремою людиною [37].

Також представники всіх медичних організацій наголошують на важливості комплексної взаємодії у питаннях профілактики захворюваності населення з місцевою владою, громадськими організаціями та працівниками закладів освіти. Необхідне постійне інформування населення щодо користі збалансованого харчування, рухової активності, відмови від шкідливих звичок. Крім того, важливу роль у цьому питанні відіграють різні організації днів здорового способу життя, марафонів тощо. Місцева влада наразі почала встановлювати спортивні майданчики та розбудовувати інфраструктуру для рухливого способу життя: майданчики для скейтбордистів, велосипедні доріжки, території для мотозаїздів тощо. Крім того, працівники освіти повинні інформувати та залучати дітей до здорового способу життя [37].

## 2.8. ПАНДЕМІЯ COVID-19

Важливість профілактики неінфекційних захворювань проявилася і під час пандемії COVID-19, який ускладнює перебіг хронічних хвороб. Від серйозних симптомів під час коронавірусної інфекції більше страждають люди старшого віку, люди з ослабленою імунною системою або з наявними хронічними хворобами. Оскільки на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей значна кількість населення старшого та похилого віку, багато людей з нелікованими хронічними хворобами [69], в період пандемії спостерігається додаткове навантаження на медичну систему цих регіонів.

Серед кількості звернень на урядову «Гарячу лінію» з питань розповсюдження коронавірусу SARS-Cov-2 Донецька область займає третє місце, після Дніпропетровської області та м. Київ. Луганська область знаходиться на восьмому місці. Основні питання, щодо яких здійснено звернення, стосуються проблем з наданням медичної допомоги, проблем з матеріально-технічним забезпеченням медичних закладів та проблем з доступом до вакцинації [70].

Серед причин вразливості системи охорони здоров'я на підконтрольних Україні територіях Донецької та Луганської областей під час пандемії COVID-19 та зменшення можливості для населення мати доступ до послуг з охорони здоров'я: порушення роботи системи перенаправлень в регіоні, руйнування, яких зазнала цивільна інфраструктура, послаблена система транспортування пацієнтів разом з великими відстанями та поганим станом доріг, нестача медичних працівників та недостатнє охоплення невідкладною допомогою.

Внаслідок конфлікту та розділення регіону на підконтрольні та непідконтрольні уряду України території Донецької та Луганської областей відділення реанімації для інфекційних хворих залишилось на непідконтрольних територіях, відсутня високоспеціалізована консультативна допомога інфекційним стаціонарам. Серед пропускних пунктів між підконтрольними та непідконтрольними територіями Донеччини та Луганщини, де є медичні пункти (лікарні, пункти допомоги тощо), найбільш активним є КПВВ в Станиці Луганській. Там є можливість для тестування на COVID-19 жителів непідконтрольних уряду територій. Крім того, люди з тимчасово окупованої території можуть записатися на щеплення по гарячій лінії [51].

Створені на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей відділення реанімації та інтенсивної терапії розгортаються здебільшого у непристосованих приміщеннях та не укомплектовані фахівцями. Не вистачає лікарів-інфекціоністів, реаніматологів та ін. Середній медичний персонал потребує навчання. Не вистачає технічного персоналу. У закладах охорони здоров'я зберігається незадовільний санітарно-технічний стан приміщень, відсутність належної вентиляції, знезараження стоків.

У Луганській та Донецькій областях станом на жовтень 2021 року залишається складною ситуація із забезпеченням киснем. Малопотужні кисневі концентратори, які в основному постачаються волонтерськими організаціями, є неефективними для важких випадків кисневої недостатності. Використання кисневих балонів кошовне та потребує додаткового технічного персоналу. У Донецькій області наявні складнощі з обслуговуванням та ремонтом кисневого проводу внаслідок відсутності кваліфікованих фахівців та підприємств, що мають ліцензію на такі роботи. Перевантаження працівників позначається на якості їх роботи і додатково не оплачується. Лише за вакцинацію від COVID-19 передбачені доплати за окремим пакетом фінансування [71].

Проблемою однопрофільних лікарень залишається відсутність забезпечення консультативної допомоги інших фахівців — кардіолога, невропатолога, ендокринолога та інших. У зв'язку з тим, що COVID-19 дає тяжкий перебіг на тлі захворювань серця, судин, ендокринної системи, консультування профільних фахівців є вкрай необхідним [72].

## ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

У даному розділі проаналізовано актуальні проблеми системи охорони здоров'я на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей, які спричинені або загострені військовим конфліктом на Сході України, а також впливом небезпек екологічного і техногенного характеру на цій території.

Встановлено, що третина центрів первинної медико-санітарної допомоги зазнали руйнувань або перебувають у непридатному стані через відсутність обслуговування, особливо у сільській місцевості; на окупованих територіях Донецької і Луганської областей залишилися майже всі високоспеціалізовані заклади.

Виявлено, що у районах поблизу лінії розмежування, спостерігається дефіцит медичного персоналу, а 40% наявних лікарів первинної і вторинної ланки у Донецькій області та 50% у Луганській є особами передпенсійного та пенсійного віку.

Виявлено, що у Донецькій та Луганській областях люди старше 65 років становлять понад третину постраждалих людей, які потребують гуманітарної допомоги.

Проаналізовано основні проблеми програми «Доступні ліки» на КУУТ Донецької та Луганської областей.

Виявлено проблеми впровадження в медичне обслуговування населення підконтрольних уряду України територій Донеччини та Луганщини інформаційних технологій, зокрема, телемедицини. А саме: відсутність технічного обладнання, низьку якість Інтернет-зв'язку, відсутність коштів на придбання програмного забезпечення та оплати телемедичних послуг, відсутність відповідних знань у медичного персоналу щодо роботи з мобільним діагностичним комплексом та комп'ютерним обладнанням, надання телемедичних послуг пацієнтам, які не уклали декларації про вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги.

Проаналізовано профілактичні заходи щодо попередження захворюваності населення на неінфекційні захворювання, проблеми та результати їх впровадження. Встановлено, що впровадження цих заходів уже призвели до зниження летальності при гострому інфаркті міокарда та стабілізації рівня первинної інвалідності пацієнтів з серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями.

Проаналізовано причини вразливості системи охорони здоров'я та зменшення можливості для населення мати доступ до послуг з охорони здоров'я на підконтрольних українській владі територіях Донецької та Луганської областей під час пандемії COVID-19.

Встановлено, що через неактуальність, нерегулярність, неузгодженість наявних даних медичної статистики, неможливість доступу медичних фахівців до електронної системи охорони здоров'я, в якій на даний час акумулюються дані щодо захворюваності населення та наданої йому медичної допомоги, великі міграційні процеси в даному регіоні, є некоректним встановлювати кореляційні зв'язки та залежності між станом довкілля та захворюваністю і смертністю населення на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей.

### 3 ВРАЗЛИВІСТЬ ЖІНОК І ЧОЛОВІКІВ, ЗУМОВЛЕНА ЗБРОЙНИМ КОНФЛІКТОМ

Із заключних зауважень (п. 10) Комітету ООН з ліквідації дискримінації щодо жінок до восьмої періодичної доповіді України щодо виконання Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (березень 2017 р.):

*Комітет ООН з ліквідації дискримінації щодо жінок вітає зусилля держави-учасниці і її відданість справі розбудови миру, зміцнення верховенства права і сталого розвитку. Він зазначає, що з моменту початку конфлікту у квітні 2014 року, а також тимчасової окупації і невизнаної анексії Автономної Республіки Крим та м. Севастополя Російською Федерацією (Резолюції Генеральної Асамблеї A/RES/68/262, прийнята 27 березня 2014 р. і A/RES/71/205, прийнята 19 грудня 2016 р.) держава-учасниця зіткнулася з критичною ситуацією, яка характеризується наявністю людських страждань, економічної нестабільності, зростанням насильства і зменшенням безпеки. Комітет зазначає, що, незважаючи на підписання Мінських угод, бойові дії тривають. Незважаючи на зусилля держави-учасниці, поширення безкарності за порушення прав людини і правопорушення, вчинені в умовах кризи на території держави-учасниці та прилеглих територіях, зокрема в деяких районах Донецької і Луганської областей, мали серйозний вплив на цивільне населення, в тому числі на жінок, включаючи тих жінок і дівчат, які знаходяться в несприятливих умовах, таких як жінки-ВПО, жінки в сільській місцевості, жінки похилого віку і жінки з обмеженими можливостями, а також роми, ЛБТ й інші меншини. Зокрема, Комітет стурбований тим, що ця ситуація, поряд з широко поширеною корупцією, сприяла зростанню насильства по відношенню до жінок з боку держави і недержавних суб'єктів і зміцненню традиційних і патріархальних відносин, які обмежують в правах жінок і дівчат. Комітет також стурбований відсутністю інформації про стан справ на територіях за межами ефективного контролю з боку держави-учасниці у зв'язку з обмеженням доступу для представників ОБСЄ та інших міжнародних організацій.*

*Комітет закликає державу-учасницю розробити систему гендерних показників для покращення збору даних з розбивкою за ознакою статі та іншими відповідним факторами, які необхідні для адекватної оцінки впливу і ефективності політик та програм, спрямованих на забезпечення гендерної рівності та розширення здійснення жінками своїх прав людини. У зв'язку з цим Комітет звертає увагу держави-учасниці на свою Загальну рекомендацію № 9 (1989 р.) про*

*статистичні дані щодо становища жінок і рекомендує державі-учасниці звернутися за технічною допомогою до відповідних структур Організації Об'єднаних Націй, а також розширювати співпрацю з жіночими об'єднаннями, які могли б допомогти в зборі точних даних [74].*

Військові конфлікти здійснюють значний вплив на життя жінок і чоловіків. Достатньо велика частина жінок не є пасивними спостерігачками. Вони виконують активні функції — служать у збройних силах, правоохоронних органах, добровольчих батальйонах. Жінки складають більшість волонтерських груп та організацій, надаючи допомогу як військовим, так і громадянам, що залишилися на тимчасово окупованій території, а також внутрішньо переміщеним особам.

Чоловіки і жінки страждають від війни і насильства, але не однаково. Жінки складають більшу частину населення, яке змушене переміщуватись, щоб знайти безпечніше місце проживання для себе, своїх дітей і рідних. Водночас, наприклад, відсутня гендернодезагрегована статистика щодо осіб, які перетинають пункти пропуску на лінії розмежування в Донецькій та Луганській областях. 2/3 внутрішньо переміщених осіб — це жінки з дітьми (61% — жінки, 14% — діти) [73]. На новому місці жінки стикаються з необхідністю адаптуватися до інших умов проживання, часто гірших за попередні. Уся робота з догляду за дітьми, влаштування їх у навчальні заклади, пошук нового місця роботи та засобів до існування також лягає на плечі жінок. Крім того, додається необхідність догляду за літніми батьками чи іншими родичами.

Жінки більше потерпають від випадків гендерно зумовленого насильства, яке часто використовується в умовах збройного конфлікту, у тому числі, як засіб маніпулювання та погроз для місцевого населення. Гендерно обумовлене насильство спричинене багатьма факторами, серед яких:

- складна криміногенна обстановка в зоні конфлікту;
- послаблення державних інститутів;
- руйнування соціальних структур;
- дисфункція правоохоронних органів, яка певний час була властива в зоні проведення ООС;
- складність правового статусу непідконтрольних уряду України територій;
- зміна гендерного балансу на окремих територіях [74].

Також з'явилося таке явище як домашнє насильство в сім'ях демобілізованих. Часто це є наслідком того, що демобілізовані, переважна більшість з яких чоловіки, не отримали психологічної допомоги після повернення із зони бойових дій, адже психологічної адаптації потребують майже всі учасники ООС та їх сім'ї. Міжнародний досвід показує, що з часом неліковані поствоєнні симптоми не просто

повертаються, а й посилюються. Підвищується рівень агресії. Тому проходження реабілітаційних програм, побудованих на індивідуальних потребах кожної особи та її сім'ї, є вкрай важливим як для людини, сім'ї, так і для суспільства в цілому. Тож увага до проблем чоловіків, які пов'язані із конфліктом, їх ідентифікація та реагування на них, створення системи адаптації та реадaptaції, налагодження співпраці із військоматами є важливим напрямом соціальної роботи [75].

У сучасних військових конфліктах прямих втрат зазнають 90% цивільного населення, тоді як у війнах минулого століття це було 10%. Значна частина цивільного населення, яка страждає від війни, — це жінки та діти [76].

У ситуації війни і насильницького конфлікту біологічна різниця між статями перебільшується культурою і традиціями суспільства. Від чоловіків вимагається готовність боротися, а від жінок — підтримувати чоловіків.

Війна, збройні конфлікти впливають не лише на тих, хто безпосередньо бере участь у бойових діях, а й на тих, хто забезпечує тил. Групова психологічна травма суспільства є глибокою, і її загоєння потребує зусиль, ресурсів, часу. Військові, які повертаються додому, часом тяжко сприймають ситуацію в «мирних» регіонах. Їм складно зрозуміти, чому тут люди витрачають свій час і кошти на речі, які, на їхній погляд, не варті цього, коли в країні війна. Водночас, люди, які живуть в «мирних» регіонах, часом не розуміють знервованості экс-комбатантів, їх закритості чи інших рис, що раніше їм були не притаманні. Таке психологічне «роз'єднання» може призвести до тимчасового спалаху насильства, насамперед домашнього. Цей факт підтверджують сучасні дослідження у сфері протидії гендерно обумовленому насильству. Вони засвідчили, що чисельність фактів такого насильства збільшилася не тільки на Сході нашої країни, а й в інших регіонах, особливо в перші роки збройного конфлікту. Важливо розуміти природу цього явища, його тенденції та наслідки і застосовувати адекватні заходи для зменшення ризиків [75].

Війни, політичні кризи, насильницькі конфлікти та інші події, які викликають підйом національних почуттів, збільшують попит на героїв-воїнів, підвищуючи цінність традиційних маскулінних якостей. У період військового конфлікту посилюється мілітаризована маскулінність. З усіх середовищ, де маскулінність формується, відтворюється та проявляється, в середовищі, пов'язаному з конфліктом, вона є найбільш прямою, домінуючою та насильницькою. Культ сильної влади, дисципліни, державності, вождя і нації практично завжди поєднується з культом агресивної маскулінності, спрямованої проти «жіночної» і «слабкої» демократії. Культ маскулінності посилюється також під виглядом захисту традиційних духовних цінностей в суспільстві. Розуміння, фіксування та реагування на зазначені процеси з метою зменшення їх впливу є важливою складовою діяльності, спрямованої на забезпечення гендерної рівності та підвищення гендерної чутливості в секторі безпеки [77].

Документування фактів порушень прав людини, які здійснюють правозахисники в Донецькій та Луганській областях, а також серед внутрішньо переміщених осіб в інших регіонах України, дають підстави до висновків, що стать людини може використовуватися як ознака для здійснення тиску та залякування. Гендерні відмінності стають приводом для психологічного насильства. Відомо також чимало випадків сексуального насильства, пов'язаного із конфліктом, але воно, водночас, не використовується в Україні, на відміну від інших держав, як інструмент війни [78].

Гендерно обумовлене насильство у зоні збройного конфлікту, перш за все, відбувається через підвищену вразливість людей, що рятуються від нього, в результаті повсюдних людських, матеріальних і економічних втрат, загального руйнування правопорядку, зосередження великої кількості осіб, що перебувають у вразливому становищі, в неофіційних оселях і таборах, та нових або більш активних дій озброєних і терористичних груп. Складні конфліктні ситуації за участю озброєних груп, терористів тощо обумовлюють руйнування правопорядку та відсутність правового поля в зоні його дії, що, безумовно, призводить не тільки до небезпеки жертв, але і впливає на суспільство в цілому [79].

Серед основних причин гендерно обумовленого насильства на Сході України можна виділити: підтримка української армії, військова служба в армії чи добровольчих батальйонах, політичні чи релігійні погляди, расова або етнічна приналежність, сексуальна орієнтація. Також таке насильство могло прямо нічим не обґрунтовуватись, а бути виявом агресії, схильності до знущань. Важливо не замовчувати такі явища, надавати своєчасну допомогу постраждалим, якими є як жінки, так і чоловіки. Люди, які живуть поблизу лінії розмежування та на території, непідконтрольних уряду України, позбавлені можливості задоволення основних потреб повсякденного життя та, намагаючись їх задовольнити (отримати продукти харчування, роботу, освіту, соціальні виплати, іншу допомогу), автоматично потрапляють в так звану «групу ризику». Тобто групу осіб, які мають уразливий стан, пов'язаний із різними об'єктивними і суб'єктивними обставинами, відносно яких значно легше вчинити акти насильства, чим і користуються правопорушники [80].

Відповідно до опитування, що проводилося ОБСЄ, найчастіше насильству піддаються жінки. Вірогідність насилля над жінками підвищується належністю їх до національних меншин, молодим віком, бідністю чи економічною залежністю або наявністю на утриманні дітей, проживанням з партнерами, які зловживають алкогольними напоями, відсутністю постійного місця роботи тощо. Це так звані соціально-побутові фактори [81].

Найбільш вразливими до наслідків збройного конфлікту на Сході України є внутрішньо переміщені особи. На відміну від постійно проживаючого населення КУУТ, ВПО стикаються з проблемами відсутності власного житла, достатнього



матеріального забезпечення, втрати соціальних та родинних зв'язків, втрати місця працевлаштування, труднощами з отриманням медичної допомоги та труднощами з легалізацією на новому місці проживання. В зв'язку з цим, вони часто потребують психологічної допомоги та підтримки.

Жінки і діти становлять більшу частину ВПО (58% і 8% відповідно) [82].

Враховуючи загальний стан гендерної рівності в Україні, існування стереотипів про розподіл ролей жінок і чоловік в українському суспільстві, а також законодавство, судову та адміністративну практику у сфері внутрішнього переміщення, можна виділити такі сфери вразливості українських переміщених жінок:

- житлові проблеми;
- зайнятість, підприємництво;
- сімейні спори;
- домашнє насильство;
- гендерно зумовлене насильство;
- перетин лінії розмежування;
- майнові спори;
- соціальні виплати;
- участь у політичному житті;
- доступ до інформації;
- доступ до медичних послуг;
- занятість, підприємництво.

Серед ВПО від множинних форм дискримінації потерпають декілька груп жінок. До них належать: жінки з інвалідністю, жінки-роми, самотні матері, вагітні жінки, вдови, літні жінки та ЛБТ-жінки [83]. Жінки, які належать до цих груп, стикаються з особливими труднощами після переселення, коли вони не мають доступу до спеціалізованої допомоги.

Загалом вважається, що жінкам-ВПО легше пристосуватися до життя у приймаючих громадах і що вони здатні будувати професійні і соціальні зв'язки швидше за чоловіків. Чоловіки-переселенці повідомляли, що до них ставляться як до «зрадників» і звинувачують їх у небажанні «служити своїй батьківщині», коли вони відмовляються вступати до лав армії. Також молоді чоловіки повідомляли, що почуваються залишеними поза увагою, скаржаться на дискримінацію та нестачу підтримки, оскільки вони не мають права на пенсії або фінансову допомогу і не відповідають жодним критеріям для отримання гуманітарної допомоги [84].

У той же час, більшість безробітних ВПО — це жінки, і частота довготривалого безробіття серед жінок-ВПО більша, ніж серед чоловіків. До труднощів, з якими стикаються жінки-ВПО при працевлаштуванні належать:

- існування стереотипів на ринку праці стосовно жінок, літніх людей та ВПО;
- небажання працедавців наймати осіб з непідконтрольних уряду України територій;
- потреба у навчанні чи наявність фаху або досвіду, який не відповідає потрібному набору навичок;
- відсутність документів, необхідних для прийому на роботу (записи у трудовій книжці від попередніх працедавців);
- чинні програми жіночого підприємництва не враховують особливостей та потреб переміщених жінок;
- жінки-ВПО частіше отримують відмову в наданні кредитів та інших фінансових інструментів [85].

Жінки-ВПО з дітьми стикаються з проблемами під час пошуку роботи через складнощі у доступі до дитячих садочків. Для жінок, які повинні доглядати за своїми дітьми, прийнятними є лише неповна зайнятість або самостійна підприємницька діяльність, але це забезпечує менший дохід. Жінки-ВПО частіше зазнають сексуальних домагань і переслідувань на робочому місці, цькувань більшою чи меншою мірою інтенсивності через свій статус [86].

Все більше внутрішньо переміщених жінок та дівчат потребують довгострокового втручання держави для забезпечення доступу до основних послуг та захисту. Наразі не виконується Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» («Закон про ВПО»), прийнятий у жовтні 2014 року [87], а також низка постанов та наказів про допомогу внутрішньо переміщеним жінкам.

Гендер в аспекті збройного конфлікту слід розуміти як концепцію, яка пристосовується до змін у «надзвичайних» обставинах, оскільки здатність чоловіків і жінок виконувати свої традиційно прийняті ролі та самі ролі під час конфлікту змінюються. Це також створює різний вплив на чоловіків, жінок, хлопців, дівчат у збройних конфліктах та кризових ситуаціях.

Важливо розуміти зміни ролей та соціальних позицій, щоб підвищити ситуаційну обізнаність, оперативну ефективність та забезпечити безпеку чоловіків, жінок, хлопців та дівчат таким чином, щоб визнати їх різні потреби в безпеці та вразливі місця [89].

## ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Військові конфлікти здійснюють значний вплив на життя жінок і чоловіків. Чоловіки і жінки страждають від війни і насильства, але не однаково. З одного боку, жінки:

- більш вразливі до непрямих причин конфлікту;
- складають більшу частину населення, яке змушене переміщуватись;
- більше потерпають від випадків гендерно обумовленого насильства в суспільстві та в сім'ї (під час збройного конфлікту випадки сімейного насильства над жінками частішають через психологічні проблеми демобілізованих чоловіків);
- становлять більшу частину внутрішньо переміщених осіб (58%), які, в свою чергу, є найбільш вразливими до наслідків збройного конфлікту серед цивільного населення;
- отримують нижчий рівень правового захисту.

З іншого боку, чоловіки:

- більш вразливі до прямих причин конфлікту;
- потерпають від психологічних проблем, пов'язаних із безпосередньою участю в бойових діях;
- потерпають від осуду суспільства при відмові вступати до лав армії та отриманні статусу переселенця;
- не мають права на пенсії або фінансову допомогу і не відповідають жодним критеріям для отримання гуманітарної допомоги.

У той самий час, у ситуації війни і насильницького конфлікту біологічна різниця між статями перебільшується культурою і традиціями суспільства, оскільки здатність чоловіків і жінок виконувати свої традиційно прийняті ролі та самі ролі під час конфлікту змінюється.

Достатньо велика частина жінок не є пасивними спостерігачками. Вони виконують активні функції — служать у збройних силах, правоохоронних органах, добровольчих батальйонах. Жінки складають більшість волонтерських груп та організацій, надаючи допомогу як військовим, так і громадянам, що залишилися на тимчасово окупованій території, а також внутрішньо переміщеним особам. Чоловіки можуть доволі активно проявляти себе поза військовою службою: в якості членів

організацій, що опікуються питаннями безпеки, при роботі у сфері громадської безпеки тощо.

Проблема гендерної вразливості населення КУУТ та внутрішньо переміщених осіб під час збройного конфлікту в Україні є дуже великою та надзвичайно важливою. Адже для того, щоб не залишити нікого осторонь (це стосується як жінок, так і чоловіків), які залякані або потерпають від гендерної дискримінації та насильства, потрібні ресурси, нормативно-правове регулювання, зобов'язання та програми, спрямовані на досягнення найбільш вразливих спільнот. А надто необхідно знати, що відбувається та як діяти в таких ситуаціях усім верствам населення.

## ВИСНОВКИ

Основні проблеми довкілля та громадського здоров'я на Сході України пов'язані з веденням бойових дій. Серед них можна виділити найважливіший компонент — безпековий. Стан «тліючого конфлікту», періодичні загострення та постійна загроза активізації повномасштабних бойових дій спричиняє: міграцію населення, відтік професійних кадрів, відсутність необхідного обладнання, ризик виходу з ладу наявного обладнання, постійне використання фінансів для відновлення морально застарілого та пошкодженого замість модернізації та оновлення обладнання, транспорту, приміщень, інфраструктури тощо.

У сучасних умовах у зоні збройного конфлікту на Сході України відбувається зростання екологічних і техногенних загроз, що характеризуються значним погіршенням якості питної води, порушеннями в роботі систем господарського та питного водопостачання, затопленням шахт на окупованій території. Внаслідок військових дій на території Донбасу знищено, зруйновано та пошкоджено значну кількість об'єктів промислової, господарської, медичної інфраструктури, що загрожує екологічній безпеці, безпеці життєдіяльності та здоров'ю населення.

Протягом всього часу конфлікту на Сході України практично відсутня можливість здійснення державного нагляду у сфері охорони навколишнього природного середовища. З огляду на це, важливе значення має модернізація матеріально-технічної бази суб'єктів державної системи моніторингу довкілля, створення нових пунктів моніторингу довкілля, забезпечення їх безперебійної роботи та розроблення методів оцінки ризиків.

Найактуальнішою проблемою у сфері громадського здоров'я є також безпековий компонент. Він зумовив:

- старіння населення, що збільшило навантаження на медичну систему, оскільки люди старшого та похилого віку частіше потребують медичної допомоги;
- старіння та неуккомплектованість медичного персоналу, оскільки фахівці молодого віку або виїхали в інші регіони, або не хочуть приїжджати працювати на підконтрольні території і, особливо, в населені пункти на лінії розмежування;
- збільшення навантаження на лікарів первинної ланки в зв'язку з малою кількістю таких фахівців, збільшенням серед постійно проживаючого

населення питомої ваги людей старшого та похилого віку, а також з необхідністю надавати медичну допомогу ВПО, які постійно проживають на непідконтрольних уряду територіях;

- відсутність та періодичне руйнування інфраструктури, що ускладнює надання медичної допомоги на вторинній і третинній ланках, а також транспортування хворих і лікарів;
- перерозподіл фінансів на закупівлю необхідного обладнання, відновлення пошкодженого обладнання та транспортних засобів, оренду приміщень, в яких розміщуються вивезені з непідконтрольних територій заклади вторинної і третинної ланки, транспортування хворих до сусідніх областей при неможливості надати їм кваліфіковану медичну допомогу на місцях тощо.

Значне навантаження на систему охорони здоров'я мав початок медичної реформи, оскільки для медичних закладів на підконтрольних уряду територіях Донецької і Луганської областей не було передбачено державою жодних відтермінувань та перехідних періодів. Медичну реформу довелося впроваджувати паралельно з вирішенням наслідків окупації частини Донеччини та Луганщини.

Наразі конфлікт вносить свої корективи в організаційні та практичні моменти надання медичної допомоги населенню, а також зменшує кількість коштів, які могли бути використаними на покращення системи охорони здоров'я. Та, за оцінками всіх фахівців в галузі охорони здоров'я, з якими було проведено польові консультації в рамках проекту, в ситуації «тліючого конфлікту», проблеми у сфері громадського здоров'я на підконтрольних українській владі територіях Донецької та Луганської областей майже такі ж, як і в інших областях. До основних проблем можна віднести:

- низьку ефективність профілактичних програм через відсутність у пацієнтів інформації про безкоштовний скринінг та небажання, в основному людей старшого та похилого віку, яких зараз переважна більшість на підконтрольних уряду територіях, звертатися до лікаря без нагальної потреби;
- недотримання населенням здорового способу життя через відсутність належної інформації, невмотивованість або небажання;
- небажання великої частини населення вакцинуватися як від затвердженого переліку інфекційних хвороб, так і від COVID-19 через недостатню поінформованість щодо дії вакцин, наявних протипоказань та можливих реакцій. За словами працівників обласних центрів контролю та профілактики хвороб, проблема тут існує і з медичним персоналом, який не веде активну інформаційну роботу щодо необхідності вакцинації, а іноді і відмовляє пацієнтів робити щеплення.

Стосовно вказаних проблем рекомендовано проводити інформування населення щодо необхідності і позитивного результату профілактики неінфекційних та інфекційних захворювань, а також контролювати діяльність медичного персоналу щодо інформування пацієнтів про профілактичні скринінги, здоровий спосіб життя та важливість вакцинації.

У процесі дослідження, одним з завдань якого було дослідження можливості встановлення впливу екологічних та техногенних ризиків на громадське здоров'я на підконтрольних Україні територіях Донецької і Луганської областей, виявлені значні проблеми, які стосуються медичної звітності та доступу до статистичних даних. Серед них:

- відміна основних форм звітності щодо захворюваності і смертності, що має наслідком повну відсутність таких статистичних даних з 2017 року;
- невідповідність даних щодо захворюваності населення, яке проживає на підконтрольних територіях, сучасному територіальному розподілу;
- неврахування міграційних процесів при формуванні статистичної звітності;
- відсутність обліку осіб, які фактично проживають на непідконтрольних територіях, а медичну допомогу отримують на контрольованих Україною територіях Донецької та Луганської областей;
- неузгодженість існуючих статистичних даних на всіх рівнях їх реєстрації — вони відрізняються за показниками, деталізацією територіальних одиниць, часовими проміжками.

До того ж неможливо коректно встановити вплив екологічних та техногенних ризиків на здоров'я населення, оскільки дані екологічної та медичної статистики нерелевантні за територіальним розподілом та часовими проміжками. Крім того, на даний час на Сході України продовжується міграція населення між підконтрольними та непідконтрольними уряду України територіями Донецької та Луганської областей та іншими регіонами, що робить дані щодо захворюваності населення, яке зареєстроване на окремих територіях проживання, нерепрезентативними для встановлення такого впливу.

## Додаток 1

# РЕКОМЕНДАЦІЇ

### КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ, МІНІСТЕРСТВУ ЗАХИСТУ ДОВКІЛЛЯ ТА ПРИРОДНИХ РЕСУРСІВ, ДЕРЖАВНІЙ СЛУЖБІ УКРАЇНИ З НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ, ДЕРЖАВНОМУ АГЕНТСТВУ ВОДНИХ РЕСУРСІВ, ДЕРЖАВНОМУ КОМІТЕТУ УКРАЇНИ ІЗ ЗЕМЕЛЬНИХ РЕСУРСІВ

- 1 Розглянути питання щодо постійного спостереження за основними компонентами довкілля з метою визначення стану забруднення навколишнього природного середовища із залученням представництв ООН і ОБСЄ;
- 2 Розробити методику оцінки впливу на довкілля та здоров'я населення на КУУТ Донецької та Луганської областей з урахуванням великої щільності підприємств та багатовимірного еkleктичного забруднення від них;
- 3 Уніфікувати та запровадити підходи до формування державної інформаційної системи моніторингу на КУУТ Донецької та Луганської областей відповідно до Угоди про асоціацію України та ЄС і рекомендацій Європейської економічної комісії ООН в частині створення Європейської мережі інформації про стан довкілля;
- 4 Провести консультації з міжнародними організаціями щодо залучення фінансових і технічних ресурсів для проведення технічного і технологічного переоснащення мереж спостережень за станом довкілля;
- 5 Розширити існуючі мережі спостережень за станом навколишнього природного середовища. Для визначення місць розташування постів спостережень використати ймовірнісну систему оцінки впливу на здоров'я для подальшої оцінки збитків;
- 6 В рамках дозвільної системи ввести інтегрований дозвіл на функціонування підприємств підвищеної небезпеки;



- 7 Поширити досвід роботи автоматизованої системи моніторингу довкілля на підконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей;
- 8 Використати дані дистанційного зондування Землі для картографування земельних ресурсів, безпечних для здоров'я населення.

## КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

- 1 Збільшити бюджетне фінансування програм і заходів, спрямованих на попередження і ліквідацію негативних наслідків у зв'язку із затопленням шахт, а також на пошук додаткових джерел питних підземних вод на КУУТ;
- 2 Забезпечити інвентаризацію системи водопостачання на КУУТ та налагодити моніторинг якості питної води в населених пунктах (із залученням *Донецької обласної державної адміністрації та Луганської обласної військово-цивільної адміністрації*).

## МІНІСТЕРСТВУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

- 1 Продовжити автоматизацію статистичного обліку в закладах різних ланок надання медичної допомоги шляхом їх обладнання сучасною комп'ютерною технікою та проведення навчання і мотивації медичного персоналу по роботі з нею;
- 2 Забезпечити технічні можливості щодо безкоштовного та безперебійного доступу медичних працівників та спеціалістів з медичної статистики до електронної системи охорони здоров'я eHealth;
- 3 Провести дослідження STEPS на КУУТ Донецької та Луганської областей з метою оцінки основних поведінкових і біологічних факторів ризику неінфекційних захворювань населення для розробки і впровадження програм профілактики НІЗ та визначити підходи до профілактики та боротьби з НІЗ (із залученням *Центру громадського здоров'я України*);
- 4 Організувати систему оповіщення населення щодо факторів ризику виникнення інфекційних та неінфекційних захворювань (при цьому

використовувати як пасивне інформування щодо етіології, патогенезу та клініки захворювань, так і активне ситуаційне інформування) (із залученням Центру громадського здоров'я України);

- 5 Налагодити консультування пацієнтів щодо здорового способу життя, проводити заходи масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань, інформувати пацієнтів щодо національних скринінгових програм, у тому числі щодо скринінг-програм вагітних та новонароджених, інформувати населення щодо необхідності вакцинації, особливо батьків неповнолітніх дітей та осіб з хронічними захворюваннями серцево-судинної та дихальної систем (із залученням лікарів первинної ланки медико-санітарної допомоги);
- 6 Налагодити консультування медичних працівників усіх ланок медико-санітарної допомоги з провідними вченими Національної академії медичних наук України за допомогою телекомунікацій і комп'ютерних технологій;
- 7 Відновити систему реєстрації випадків захворюваності населення на КУУТ з урахуванням зміни територіального розподілу та міграційних процесів на Сході України.

## **ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСНІЙ ДЕРЖАВНІЙ АДМІНІСТРАЦІЇ, ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСНІЙ ВІЙСЬКОВО-ЦИВІЛЬНІЙ АДМІНІСТРАЦІЇ, ДЕПАРТАМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ, ДЕПАРТАМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЛУГАНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ**

- 1 Забезпечити ремонт і відновлення пошкоджених медичних установ; за можливості, забезпечити їх безперебійним водо- і електропостачанням, а також медичним обладнанням та медикаментами;
- 2 Вирішити питання цільового направлення молодшого, середнього медичного персоналу та лікарів на роботу в медичні заклади на КУУТ Донецької та Луганської областей; розглянути питання заохочення та забезпечення випускників медичних коледжів та університетів безкоштовним житлом (із залученням Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти та науки України);

- 3 Забезпечити належний доступ до закладів первинної медико-санітарної допомоги для постраждалого від конфлікту населення (осіб похилого віку, дітей, людей з обмеженими можливостями і ВПО), що проживає поблизу лінії розмежування шляхом вживання практичних заходів — покращення дорожньої інфраструктури, субсидування вартості проїзду, закупівля соціального транспорту тощо;
- 4 Розглянути питання щодо забезпечення належної кількості персоналу і обладнання машин швидкої допомоги на контрольно-пропускних пунктах протягом усього робочого часу;
- 5 Посилити можливість запровадження практики відвідувань мобільних груп лікарів на автотранспорті, який оснащений сучасним діагностичним обладнанням (УЗД, гастрофіброскопія тощо), населених пунктів, де відстань є особливою перешкодою для доступу до послуг;
- 6 Постійно надавати інформацію населенню щодо користі збалансованого харчування, рухової активності, відмови від шкідливих звичок;
- 7 Розбудовувати інфраструктуру для рухливого способу життя, широко впроваджувати соціальну рекламу про здоровий спосіб життя;
- 8 Забезпечити безперервне навчання та підвищення кваліфікації медичних працівників всіх ланок медико-санітарної допомоги та забезпечити довгостроковий розвиток потенціалу закладів охорони здоров'я *(із залученням гуманітарних організацій та організацій з розвитку)*.

**КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ, ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСНІЙ ДЕРЖАВНІЙ АДМІНІСТРАЦІЇ, ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСНІЙ ВІЙСЬКОВО-ЦИВІЛЬНІЙ АДМІНІСТРАЦІЇ, МІНІСТЕРСТВУ ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ, ЗАСОБАМ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ**

- 1 Розробити механізм мінімізації причин та умов виникнення гендерно-обумовленої дискримінації та гендерно-обумовленого насильства на КУУТ Донецької та Луганської областей з метою спрямування в конструктивне русло існуючих цінностей та внутрішніх переконань людей шляхом максимальної формалізації наявних гендерних стереотипів, проблем та

конфліктів — вивести у публічну площину і зробити предметом відкритих дискусій та обговорень у парламенті, органах місцевого самоврядування, органах системи правосуддя, закладах освіти, засобах масової інформації, громадськості, трудових колективах тощо.

## Додаток 2

# ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Природа стала «невидимою» жертвою війни. Режим доступу: <https://news.un.org/ru/story/2021/11/1413272>
2. Вода, санітарія та гігієна (WASH). Режим доступу: <https://www.unicef.org/ukraine/water-sanitation-and-hygiene-wash>
3. Щодо шляхів вирішення проблеми забезпечення населення тимчасово окупованих територій Донбасу та Маріуполя якісною питною водою. Інститут водних пролем і меліорації. Режим доступу: <http://igim.org.ua/?p=5720>
4. Державна цільова програма відновлення та розбудови миру в східних регіонах України. Режим доступу: <https://minre.gov.ua/project/derzhavna-cilova-programa-vidnovlennya-ta-rozbudovy-myru-v-shidnyh-regionah-ukrayiny>
5. Національна доповідь про стан навколишнього природного середовища в Україні у 2019 році. 2021. 559 с. Режим доступу: <https://mepr.gov.ua/files/docs/Zvit/2021/Нац.%20доп.%20про%20стан%20навк.%20природного%20середовища%20в%20Україні%20у%202019%20році.pdf>
6. Звіт про стратегічну екологічну оцінку Стратегії економічного розвитку Донецької та Луганської областей на період до 2030 року. 2021. 58 с. Режим доступу: <https://www.minre.gov.ua/sites/default/files/seo.pdf>
7. Аналіз проблем економічного розвитку Донецької та Луганської областей. 2021. 120 с. Режим доступу: <https://ces.org.ua/wp-content/uploads/2021/04/UA2002-Diagnostic-report-on-the-current-state-of-Donbas-February-2021.pdf>
8. Звіт про стратегічну екологічну оцінку. 2021. 70 с. Режим доступу: <https://dn.gov.ua/storage/app/sites/1/uploaded-files/%20CEO.pdf>
9. Екологічна ситуація на території Донецької та Луганської областей. 2021. 51 с. Режим доступу: <https://truth-hounds.org/wp-content/uploads/2021/06/donbas-ecology-report-2021-truth-hounds.pdf>
10. Новини МЗС України. Режим доступу: <https://mfa.gov.ua/timeline?&type=posts&tags=Агресія%20Росії%20проти%20України>
11. Оцінка екологічної шкоди на сході України: забруднення від промислових підприємств. 2017. Режим доступу: <https://deis.menr.gov.ua/lib/?showarticle/ua/6>
12. «Точка неворотата по «Юнкомму» пройдена»: Росія не отдає Україне документи о ядерном испытании на Донбассе. Режим доступу: <https://www.radiosvoboda.org/a/31002571.html>

13. Луганська ОБЦА звернеться до РНБО з приводу можливого знеструмлення вугільних шахт. Режим доступу: <https://ua.interfax.com.ua/news/economic/573672.html>
14. На Луганщині через борги знеструмлено всі державні шахти. Режим доступу: <https://vchasnoua.com/donbass/64325-na-luhanshchyni-cherez-borhy-znestrumleno-vsi-derzhavni-shakhty>
15. На Донеччині знеструмлено всі шахти ДП «Мирноградвугілля». Режим доступу: <https://vchasnoua.com/donbass/69138-na-donechchyni-znestrumleno-vsi-shakhty-dp-myronohradvuhillia>
16. Близько 700 тисяч гектарів Донбасу заміновано. АрміяINFORM. Режим доступу: <https://armyinform.com.ua/2019/09/blyzko-700-tysyach-gektariv-donbasu-zaminovano/>
17. The Donbas Environment Information System. Режим доступу: <https://deis.menr.gov.ua/>
18. Щорічник СІПРІ 2008 Озброєння, роззброєння та міжнародна безпека. 2008. 520 с. Режим доступу: <https://www.sipri.org/sites/default/files/SIPRIYB08UKR.pdf>
19. Закон України «Про охорону навколишнього природного середовища». Режим доступу: [https://rada.info/upload/users\\_files/04415867/aadb55c50bb7df40e783aea09761d053.pdf](https://rada.info/upload/users_files/04415867/aadb55c50bb7df40e783aea09761d053.pdf)
20. Положення про державну систему моніторингу довкілля від 30 березня 1998 р. N 391. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-98-п#Text>
21. Сайт Міністерства захисту довкілля та природних ресурсів України. Режим доступу: <https://mepr.gov.ua>
22. Сайт Державної екологічної інспекції України. Режим доступу: <https://www.dei.gov.ua>
23. Сайт Державного агентства водних ресурсів. Режим доступу: <https://data.gov.ua/dataset/surface-water-monitoring>
24. Сайт Державної служби України з надзвичайних ситуацій. Режим доступу: <https://meteo.gov.ua>
25. Донецький регіональний центр з гідрометеорології. Режим доступу: <http://marinfo.meteo.gov.ua>
26. Луганський обласний центр з гідрометеорології. Режим доступу: <http://lugansk.meteo.gov.ua/gidrometeocentr/istoriya/>
27. Сайт Міністерства аграрної політики та продовольства України. Режим доступу: <https://www.google.com/search?client=opera&q=Міністерство+аграрної+політики+та+продовольства+України&sourceid=opera&ie=UTF-8&oe=UTF-8>
28. Сайт Департаменту агропромислового розвитку та земельних відносин Донецької обласної державної адміністрації. Режим доступу: <https://agro.dn.gov.ua>

29. Сайт Департаменту агропромислового розвитку Луганської обласної військово-цивільної адміністрації. Режим доступу: <http://loga.gov.ua/oda/about/depart/agro>
30. Сайт Державного агентства лісових ресурсів України. Режим доступу: <https://forest.gov.ua>
31. Сайт Державної служби України з питань геодезії, картографії та кадастру. Режим доступу: <https://land.gov.ua>
32. Сайт Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України. Режим доступу: [http://old.kmu.gov.ua/kmu/control/uk/publish/article?art\\_id=245427723&cat\\_id=245427156](http://old.kmu.gov.ua/kmu/control/uk/publish/article?art_id=245427723&cat_id=245427156)
33. Сайт Державного космічного агентства України. Режим доступу: <https://www.nkau.gov.ua/ua/>
34. Оцінка екологічної шкоди та пріоритети відновлення довкілля на сході України. 92 с. Режим доступу: [https://www.osce.org/files/f/documents/6/3/362581\\_0.pdf](https://www.osce.org/files/f/documents/6/3/362581_0.pdf)
35. Сайт Сіверсько-Донецького басейнового управління водних ресурсів. Режим доступу: <https://www.sdbuvr.gov.ua/derzhavniy-monitoring-poverkhnevikh-vod>
36. Оцінка екологічної шкоди та пріоритети відновлення довкілля на сході України. 92 с. Режим доступу: [https://www.osce.org/files/f/documents/6/3/362581\\_0.pdf](https://www.osce.org/files/f/documents/6/3/362581_0.pdf)
37. Протокол зустрічі технічних експертів та представників Міністерства охорони здоров'я та центрів контролю та профілактики хвороб у Донецькій та Луганській областях від 15 грудня 2021 року.
38. Інформаційна система довкілля Донбасу DEIS (The Donbas Environment Information System). Режим доступу: <https://deis.menr.gov.ua>
39. Інтерактивна карта актуального стану навколишнього середовища Донецької та Луганської областей. Режим доступу: <https://cxid-ekomap.com>
40. Карта офіційних і стихійних сміттєзвалищ «Екомапа». Режим доступу: <https://ecomapa.gov.ua>
41. Автоматизована система моніторингу довкілля у Донецькій області. Режим доступу: <http://193.110.113.83:8091/aseMDR/Default.aspx>
42. Протокол зустрічі технічних експертів та представників Департаменту охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації від 09.11.2021.
43. Протокол зустрічі технічних експертів та представників Департаменту охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації від 02.11.2021.
44. Огляд гуманітарних потреб Україна. Цикл гуманітарних програм 2021. 118 с. Режим доступу: [https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/hno\\_2021-ukr-2021-02-09.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/hno_2021-ukr-2021-02-09.pdf)
45. REACH, Humanitarian Trend Analysis, 2020. Режим доступу: [https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/ukraine\\_2020\\_humanitarian\\_needs\\_overview\\_en.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/ukraine_2020_humanitarian_needs_overview_en.pdf)

46. Humanitarian Response Plan, 2021. Режим доступу: <https://www.humanitarian-response.info/en/document/ukraine-2021-humanitarian-response-plan-hrp-enua>
47. Постанова Кабінету Міністрів України від 18 грудня 2018 р. № 1117. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1117-2018-%D0%BF#Text>
48. Звіт національної системи моніторингу ситуації з внутрішньо переміщеними особами. Режим доступу: [https://iom.org.ua/sites/default/files/nms\\_round\\_14\\_ukr\\_web.pdf](https://iom.org.ua/sites/default/files/nms_round_14_ukr_web.pdf)
49. Стратегія розвитку Донецької області на період до 2027 року. Режим доступу: <https://dn.gov.ua/storage/app/sites/1/strategy/strategiy2027/2019/26.12.2019/Analiz.pdf>
50. Постанова КМУ № 890 від 4.08.2021 «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України з питань прикордонного режиму». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/890-2021-п#Text>
51. Протокол зустрічі технічних експертів та представників Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України від 01 листопада 2021 року.
52. Закон України «Про екстрену медичну допомогу». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>
53. Оцінка програми «Доступні ліки» в Україні. 2020. 60 с. Режим доступу: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/400429/52308-WHO-Affordable-Medicines-Programme-Ukraine-UKR\\_low\\_V7.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/400429/52308-WHO-Affordable-Medicines-Programme-Ukraine-UKR_low_V7.pdf)
54. Наказ МОЗ України № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» від 10 жовтня 2015 року. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#Text>
55. Сайт Державної служби статистики. Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>
56. Сайт Головного управління статистики Донецької області. Режим доступу: <http://donetskstat.gov.ua/statinform1/health.php>
57. Сайт Головного управління статистики Луганської області. Режим доступу: <http://lg.ukrstat.gov.ua/sinf/ohrana/ohrana.php.htm>
58. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 2267 від 06.10.2020. Режим доступу: [https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Відкриті%20дані/dn\\_2267\\_06\\_10\\_2020\\_dod.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Відкриті%20дані/dn_2267_06_10_2020_dod.pdf)
59. Сайт Сайт Центру громадського здоров'я. Режим доступу: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan>
60. Сайт електронної системи охорони здоров'я. Режим доступу: <https://ehealth.gov.ua>
61. Наказ МОЗ № 13 від 04.01.2018 Наказ МОЗ України від 04.01.2018 № 13 «Про деякі питання застосування Україномовного варіанту Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги(ICPC-2-E)»



62. Українська міжнародна класифікація ПМД-2 видання. 2 с. Режим доступу: [https://moz.gov.ua/uploads/0/2955-dn\\_20180104\\_13\\_dod\\_icpc.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/2955-dn_20180104_13_dod_icpc.pdf)
63. Сайт Національного канцер-реєстру України. Режим доступу: <http://www.ncru.inf.ua/publications/index.htm>
64. 2/3 усіх хвороб в Україні є наслідком неправильного харчування — МОЗ. Режим доступу: <https://life.pravda.com.ua/health/2017/05/30/224444/>
65. STEPS поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань. Україна-2019. 88 с. Режим доступу: [https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/2019\\_STEPS\\_report\\_ukr.pdf](https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/2019_STEPS_report_ukr.pdf)
66. Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-nacionalnogo-planu-zahodiv-shchodo-neinfekciynih-zahvoryuvan-dlya-dosyagnennya-globalnih-cilej-stalogo-rozvitku>
67. Що входить до обов'язків лікаря первинної ланки? Режим доступу: <https://moz.gov.ua/scho-vhodit-do-obovjaskiv-likarja-pervinnoi-lanki>
68. Про хід виконання у 2019 році регіональної програми «Профілактика та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2018–2022 роки». Режим доступу: <https://medstatdon.dn.ua/pro-hid-vikonannya-u-2019-rotsi-regionalnoyi-programi-profilaktika-ta-likuvannya-sertsevo-sudinnih-ta-sudinno-mozkovih-zahvoryuvan-na-2018-2022-roki/>
69. Населення України. Демографічні тенденції в Україні у 2002–2019 рр. 2020. 174 с. Режим доступу: <https://www.idss.org.ua/arhiv/population.pdf>
70. Все про коронавірус. Інформаційна довідка щодо питань, пов'язаних з коронавірусом COVID-19 станом на 30 листопада 2021 року. 58 с. Інформаційна довідка щодо питань, пов'язаних з коронавірусом COVID-19 станом на 30 листопада 2021 року. Режим доступу: <https://ukc.gov.ua/wp-content/uploads/2021/12/1638290009-4267.pdf>
71. Impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Ukraine. Briefing note. Режим доступу: [https://ukraine.un.org/sites/default/files/2021-04/ENG\\_BN\\_HealthcareWorkers\\_25-03-2021.pdf](https://ukraine.un.org/sites/default/files/2021-04/ENG_BN_HealthcareWorkers_25-03-2021.pdf)
72. Коронавірусна хвороба: підходи до ведення пацієнтів: навчальний посібник. Тернопіль, 2021. 767 с.
73. Внутрішньо переміщені особи: соціальна та економічна інтеграція в приймаючих громадах. 2015. 93 с. Режим доступу: [http://pleddg.org.ua/wp-content/uploads/2016/05/IDP\\_REPORT\\_PLEDDG\\_edited\\_09.06.2016.pdf](http://pleddg.org.ua/wp-content/uploads/2016/05/IDP_REPORT_PLEDDG_edited_09.06.2016.pdf)

74. Війна без правил: гендерно-обумовлене насильство, пов'язане зі збройним конфліктом на сході України. 2017. 144 с. Режим доступу: [https://jfp.org.ua/system/reports/files/110/uk/gon\\_151117.compressed.pdf](https://jfp.org.ua/system/reports/files/110/uk/gon_151117.compressed.pdf)
75. Мисула І. Р., Бакалюк Т. Г., Голяченко А. О., Сидлярчук Н. І., Мисула Ю. І., Мисула М. С., Завиднюк Ю. В. Система реабілітації в Україні та шляхи її вдосконалення // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2019. № 3. С. 177–182
76. Трансформація системи цивільного захисту України в умовах сучасних воєнно-політичних конфліктів гібридного типу. 2020. 293 с. Режим доступу: <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2020-01/proekt-rukopisu-leschenka-ost.-utoch.-09.01.2020.pdf>
77. Гендерна рівність та гендерна дискримінація: визначення основних понять. 8 с. Режим доступу: [http://www.kdu.edu.ua/Documents/viznach\\_poniat\\_rivnist.pdf](http://www.kdu.edu.ua/Documents/viznach_poniat_rivnist.pdf)
78. ООН офіційно розповсюдила звіт правозахисників «Ті, що пережили пекло». Режим доступу: <https://ccl.org.ua/news/oon-ofitsijno-rozpovsyudyla-zvit-pravozahysnykiv-ti-scho-perezhyly-peplo/>
79. Гендерний вимір внутрішнього переміщення: юридичні інструменти захисту. Харків, 2020. 12 с.
80. Війна без правил: гендерно-обумовлене насильство, пов'язане зі збройним конфліктом на сході України. 2017. 144 с. Режим доступу: [https://jfp.org.ua/system/reports/files/110/uk/gon\\_151117.compressed.pdf](https://jfp.org.ua/system/reports/files/110/uk/gon_151117.compressed.pdf)
81. ОБСЄ представляє результати Дослідження з питань добробуту та безпеки жінок в Україні під час кампанії «16 днів активізму проти гендерно-зумовленого насильства». Режим доступу: <https://www.osce.org/uk/project-coordinator-in-ukraine/440375>
82. Аналіз вразливості жінок та чоловіків в контексті децентралізації на територіях України, що постраждали від конфлікту. 2017. 72 с. Режим доступу: <https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/427/1.pdf>
83. Women's empowerment and its links to sustainable development. In-Depth Analysis. European Parliament. 2016. Режим доступу: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2016/556927/IPOL\\_IDA\(2016\)556927\\_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2016/556927/IPOL_IDA(2016)556927_EN.pdf)
84. Аналіз вразливості жінок та чоловіків в контексті децентралізації на територіях України, що постраждали від конфлікту. 2017. 72 с. Режим доступу: <https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/427/1.pdf>
85. Добробут і безпека жінок. Україна доповідь про результати дослідження. ОБСЄ. 120 с. Режим доступу: [https://www.osce.org/files/f/documents/0/8/440318\\_0.pdf](https://www.osce.org/files/f/documents/0/8/440318_0.pdf)
86. Світовий банк (2016), Country Gender Assessment for Ukraine. Режим доступу: <https://goo.gl/vqMh5P>

87. Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18#Text>
88. ЮНІСЕФ: із загостренням бойових дій на сході України мільйони людей можуть залишитися без питної води. 2019. 2 с. Режим доступу: [https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UNICEF\\_Ukraine\\_Water%20Attacks\\_040719\\_UKR.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UNICEF_Ukraine_Water%20Attacks_040719_UKR.pdf)
89. Путівник гендерної інтеграції у збройних силах України. ОБСЄ. 2020. 232 с. Режим доступу: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/8/479044.pdf>