

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ДУ «УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ СТРАТЕГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**  
**МОЗ УКРАЇНИ»**

**ЩОРІЧНА ДОПОВІДЬ**  
**ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ,**  
**САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНУ СИТУАЦІЮ**  
**ТА РЕЗУЛЬТАТИ ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ**  
**ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.**  
**2015 РІК**



Київ – 2016

**УДК 614.4:614.2.002.6(477)(042.5),,2015”**  
**ББК 67.9(4Укр)401я9+51.1(4Укр)1я9**  
**Щ92**

**Видається за рішенням**

Вченої ради ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»  
(протокол № 3 від 28 квітня 2016 року)

**Головний редактор:** Шафранський В.В.

**Заступники головного редактора:** Перегінець І.Б., Васишин Р.Й., Лик Р.Р.

**Редакційна колегія:** Слабкий Г.О., Мельник П.С., Голубчиков М.В.,  
Дзюба О.М., Чепелевська Л.А., Карамзіна Л.А.

**Літературні редактори:** Шумило О.В., Ратаніна О.М.

**Технічні редактори:** Кривенко Є.М., Даценко С.Б.

**Адреса редколегії:**

02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3;  
тел.: +380 (44) 576–41–19, факс: +380 (44) 576–41–20

**Щ92** **Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. Шафранського В. В. ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452 с. ISBN 978-966-7166-35-9**

Щорічну доповідь підготовлено відповідно до нормативно-правових документів, які регламентують розвиток сфери охорони здоров'я України.

Видання містить аналіз сучасних особливостей і тенденцій стану здоров'я населення України та впливу на нього соціально-економічних детермінант.

Доповідь підготовлено науковцями ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» за участю керівників структурних підрозділів Міністерства охорони здоров'я України.

Призначається для керівників і спеціалістів органів законодавчої та виконавчої влади усіх рівнів, організаторів охорони здоров'я, науковців, лікарів, громадськості.

**УДК 614.4:614.2.002.6(477)(042.5),,2015”**  
**ББК 67.9(4Укр)401я9+51.1(4Укр)1я9**

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ</b> .....	<b>6</b>
<b>ВСТУП</b>	
<i>(Слабкий Г.О., Мельник П.С.)</i> .....	<b>10</b>
<b>1. АНАЛІЗ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ</b>	
<i>(Чепелевська Л.А., Дубініна В.Г., Рудницький О.П., Любінець О.В.)</i> .....	<b>12</b>
1.1. Динаміка чисельності населення .....	12
1.2. Тенденції народжуваності населення .....	19
1.3. Тенденції смертності населення .....	23
1.4. Тривалість життя .....	27
1.5. Шляхи подовження тривалості життя населення .....	31
<b>2. ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ</b>	
<i>(Вороненко Ю.В., Слабкий Г.О., Голубчиков М.В.)</i> .....	<b>34</b>
2.1. Тенденції стану здоров'я населення	
<i>(Дудник С.В., Авраменко О.І., Бідний В.В.)</i> .....	34
2.2. Динаміка стану здоров'я дитячого населення	
<i>(Дудіна О.О., Волошина У.В., Габорець Ю.Ю.)</i> .....	47
2.2.1. Захворюваність дитячого населення .....	48
2.2.2. Аналіз інвалідності дітей та шляхи її профілактики і реабілітації .....	62
2.3. Динаміка стану здоров'я дорослого населення	
<i>(Дудник С.В., Лисак В.П., Комар В.С.)</i> .....	66
2.4. Аналіз стану здоров'я населення працездатного віку	
<i>(Дудник С.В., Качур О.Ю., Троянов Д.П., Гордієнко Л.М., Пилипець Я.Д.)</i> .....	75
2.5. Характеристика стану здоров'я населення старших вікових груп	
<i>(Дудник С.В., Кошеля І.І.)</i> .....	81
2.6. Динаміка стану репродуктивного здоров'я населення	
<i>(Дудіна О.О., Лук'янчук О.В.)</i> .....	88
2.7. Характеристика захворюваності населення на туберкульоз	
<i>(Нізова Н.М., Кузін І.В., Терлеєва Я.С., Щербинська А.М.)</i> .....	108
2.8. Характеристика психічного здоров'я населення	
<i>(Пінчук І.Я., Дзюба О.М., Защик Н.С.)</i> .....	113
2.9. Медико-соціальні аспекти вживання алкоголю населенням та стратегії протидії	
<i>(Грузєва Т.С., Дуфинець В.А., Замкевич В.Б., Ринда Ф.Ф., Кручаниця В.В.)</i> .....	118
2.10. Характеристика захворюваності населення на ВІЛ-інфекцію/СНІД	
<i>(Нізова Н.М., Гетьман Л.І., Кузін І.В., Щербинська А.М., Крисько М.О.)</i> .....	127
<b>3. ХАРАКТЕРИСТИКА САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ</b>	
<i>(Родина Р.А., Свита В.М., Рахімова Т.Б., Дренькало М.М., Сінгаєвська В.С., Ищук Л.О., Збоєв І.В., Дерев'яно Я.Я., Білоник А.Б., Ємець М.А., Омельчук С.Т., Войтко О.В., Новохатній Ю.О., Видайко Н.Б., Кудренко М.В., Козінчук Н.А.)</i> .....	<b>134</b>

3.1. Аналіз державної політики з питань охорони довкілля та біобезпеки .....	134
3.2. Характеристика якості води та заходів з її збереження .....	139
3.3. Характеристика якості повітря і ґрунту та заходів з їх збереження .....	144
3.4. Характеристика і безпека продуктів харчування та заходів з їх збереження .....	147
3.5. Санітарно-гігієнічна характеристика умов праці населення .....	150
3.6. Характеристика радіаційної ситуації .....	153
3.7. Характеристика санітарно-епідемічного стану та аналіз його забезпечення в навчальних і оздоровчих закладах для дітей .....	156
3.8. Аналіз санітарно-епідемічного благополуччя населення та виконання заходів із його забезпечення .....	159
<b>4. ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ .....</b>	<b>175</b>
4.1. Аналіз мережі закладів охорони здоров'я та основних показників їх діяльності (Карамзіна Л.А., Лобас М.В., Строкань А.М., Котуза А.С., Дуфинець В.А., Гржибовський Я.Л.) .....	175
4.2. Характеристика стану первинної медико-санітарної допомоги (Жилка Н.Я., Дзюба О.М., Кудря А.В., Слабкий В.Г., Перепадя О.В., Бучинський Л.Я., Бурдим Ю.В.) .....	186
4.3. Характеристика стану вторинної медичної допомоги (Ціборовський О.М., Якимець В.В., Перепадя О.В., Дроботун О.В., Пархоменко Г.Я., Роша Л.Г., Субботін В.Ю.) .....	197
4.4. Характеристика стану третинної медичної допомоги (Острополець Н.А., Перепадя О.В., Дроботун О.В., Строкань А.М., Торжєвська О.М., Роша Л.Г., Субботін В.Ю., Готь Н.Р.) .....	208
4.5. Характеристика діяльності служби надання медичної допомоги матері та дитині (Дудіна О.О., Моїсеєнко Р.О., Терещенко А.В., Ковальова О.М., Тибінь Ю.Л., Гончаренко В.М.) .....	222
4.5.1. Ресурсне забезпечення служби охорони здоров'я матері і дитини .....	222
4.5.2. Характеристика стану організації та основних показників перинатальної допомоги в Україні .....	232
4.5.3. Медична допомога дитячому населенню .....	262
4.5.4. Діяльність будинків дитини .....	276
4.6. Аналіз розвитку екстреної медичної допомоги (Мороз Є.Д., Близнюк М.Д., Сорока В.М., Дроботун О.В., Іонов М.М., Грузєва Т.С., Круть А.Г.) .....	280
4.7. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні (Вороненко Ю.В., Князевич В.М., Заволока О.В., Губський Ю.І., Моїсеєнко Р.О., Царенко А.В., Торжєвська О.М., Потоцька І.А.) .....	284
<b>5. ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ .....</b>	<b>302</b>
5.1. Основні результати наукової та інноваційної діяльності науково-дослідних установ, вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти МОЗ України (Карпінська Л.Г., Волосовець О.П., Слабкий Г.О., Кочет О.М., Петрашенко П.Р., Баранніков К.В., Шевчук І.І., Трубка І.О., Уваренко С.В., Русняк В.А., Рудинська С.М.) ....	302

<b>5.2.</b> Характеристика фінансування та економічних механізмів управління галуззю (Шевченко М.В.) .....	330	
<b>5.3.</b> Характеристика стану та проблем кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України (Кучеренко Н.Т., Скрип В.В., Субботін В.Ю., Дроботун О.В., Рудинська С.М., Погоріляк Р.Ю.) .....	346	
<b>5.4.</b> Аналіз розвитку нормативно-правової бази охорони здоров'я (Шафранський В.В., Істомін С.В., Слабкий Г.О., Круть А.Г., Лисенко П.М., Субботін В.Ю.) .....	354	
<b>6. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ</b> (Мельник П.С., Кудренко М.В., Козінчук Н.А., Верба А.В., Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Галацан О.В., Філіпішин В.П., Дроботун О.В., Будяк Н.Ю., Клименко М.П., Клименко В.І.) .....		367
<b>7. СТАН НАДАННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ</b> (Сидоренко З.П., Дубініна В.Г., Хоменко В.І., Розуменко В.Д., Лук'янчук О.В. Заволока О.В., Дзюба О.М., Кметюк Я.В.).....		381
<b>8. ХАРАКТЕРИСТИКА ІНФОРМАТИЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЕЛЕКТРОННОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> .....		388
<b>8.1.</b> Регіональний розвиток інформатизації охорони здоров'я та впровадження телемедичних технологій (Кривенко Є.М., Ситенко О.Р., Шип Д.В., Горбань А.Є.) .....	389	
<b>8.2.</b> Стан, проблемні питання та перспективи електронної охорони здоров'я (Бабченко А.Ю., Булика Д.Б.) .....	404	
<b>9. НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ: МАСШТАБИ І ТЕНДЕНЦІЇ ПОШИРЕНOSTІ, СТРАТЕГІЇ БОРOTЬБИ</b> (Грузева Т.С., Дячук Д.Д., Зюков О.Л., Галієнко Л.І., Іншакова Г.В.) .....		408
<b>10. ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО КОНТРОЛЮ НАД ТЮТЮНОМ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЇ</b> (Красовський К.С., Слабкий Г.О.) .....		418
<b>11. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕРЖАВНИХ СОЦІАЛЬНИХ СТАНДАРТІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> (Ярош Н.П., Кучеренко Н.Т., Кравченко В.В., Думановський К.Г., Ходор О.С.) .....		425
<b>12. ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБУ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ ТА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ</b> (Шафранський В.В., Ринда Ф.Ф., Слабкий Г.О.) .....		434
<b>БІБЛІОГРАФІЯ</b> .....	441	

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АЕС	–	Атомна електростанція
АЗПСМ	–	Амбулаторія загальної практики – сімейної медицини
АКДП	–	Абсорбована кашлюково-дифтерійно-правцева вакцина
АПЗ	–	Амбулаторно-поліклінічний заклад
АРТ	–	Антиретровірусна терапія
АСУ	–	Автоматизована система управління
АТО	–	Антитерористична операція
ВАОЗ	–	Всесвітня асамблея охорони здоров'я
ВВП	–	Внутрішній валовий продукт
ВГ	–	Військовий госпіталь
ВГА	–	Вірусний гепатит А
ВГВ	–	Вірусний гепатит В
ВГС	–	Вірусний гепатит С
ВІІ	–	Вірус імунодефіциту людини
ВІІ	–	Внутрішньолікарняна інфекція
ВМГ	–	Військовий мобільний госпіталь
ВМД	–	Вторинна (спеціалізована) медична допомога
ВМКЦ	–	Військово-медичний клінічний центр
ВМНЗ	–	Вищий медичний навчальний заклад
ВМС	–	Внутрішньоматкова спіраль
ВНЗ	–	Вищий навчальний заклад
ВНП	–	Валовий національний продукт
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПН	–	Всеукраїнський перепис населення
ВШ	–	Відношення шансів
ГДК	–	Гранично допустима концентрація
ГІМ	–	Гострий інфаркт міокарда
ГКІ	–	Гостра кишкова інфекція
ГКС	–	Гострий коронарний синдром
ГРВІ	–	Гострі респіраторні вірусні інфекції
ГРІ	–	Гостра респіраторна інфекція
ГХ	–	Гіпертонічна хвороба
ДВОЗ	–	Державні витрати на охорону здоров'я
ДЗ	–	Державний заклад
ДІ	–	Довірчий інтервал
ДІВ	–	Джерела іонізуючих випромінювань
ДКЛ	–	Дитяча клінічна лікарня
ДЛ	–	Дільнична лікарня
ДМ	–	Доказова медицина
ДП	–	Державне підприємство
ДСГ	–	Діагностично-споріднена група
ДТП	–	Дорожньо-транспортна пригода
ДУ	–	Державна установа
ДЦП	–	Дитячий церебральний параліч

ЕКГ	–	Електрокардіографія
ЕМД	–	Екстрена медична допомога
ЕМЕ	–	Етап медичної евакуації
ЄРБ ВООЗ	–	Європейське регіональне бюро ВООЗ
ЄР ВООЗ	–	Європейський регіон ВООЗ
ЄС	–	Європейський Союз
ЗБСТ	–	Захищена багатоточкова система проведення селекторних нарад в режимі телеконференцій
ЗВОЗ	–	Загальні витрати на охорону здоров'я
ЗМІ	–	Засоби масової інформації
ЗН	–	Злоякісні новоутворення
ЗОЗ	–	Заклад охорони здоров'я
ЗПД	–	Заклад перинатальної допомоги
ЗПСМ	–	Загальна практика – сімейна медицина
ЗПСШ	–	Захворювання, які передаються статевим шляхом
ЗПТ	–	Замісна підтримувальна терапія
ЗСЖ	–	Здоровий спосіб життя
ЗСУ	–	Збройні сили України
ІДК	–	Індивідуальний дозиметричний контроль
ІК	–	Індекс концентрації
ІКТ	–	Інформаційно-комунікаційні технології
ІНТ	–	Індекс неонатальних трансферів
ІПС	–	Інформаційно-пошукова система
ІПСШ	–	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	–	Імуноферментний аналіз
ІХС	–	Ішемічна хвороба серця
КДМ	–	Клініка, дружня до молоді
КЗОЗ	–	Комунальний заклад охорони здоров'я
КДЦ	–	Консультативно-діагностичний центр
КМДА	–	Київська міська державна адміністрація
КМУ	–	Кабінет Міністрів України
КСЗІ	–	Комплексна система захисту інформації
КУ	–	Комунальна установа
ЛДД	–	Лікарня, доброзичлива до дитини
ЛЖВ	–	Люди, що живуть з ВІЛ
ЛЗПСЛ	–	Лікар загальної практики – сімейний лікар
ЛПЗ	–	Лікувально-профілактичний заклад
МВС	–	Міністерство внутрішніх справ
МДКЛ	–	Міська дитяча клінічна лікарня
МіО	–	Моніторинг і оцінка
МК	–	Медицина катастроф
МКЛ	–	Міська клінічна лікарня
МЛ	–	Міська лікарня
МЛСБ	–	Мобільна лікарсько-сестринська бригада
МНС	–	Міністерство надзвичайних ситуацій
МО	–	Міністерство оборони

МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я
МОН	–	Міністерство освіти та науки
МР ТБ	–	Мультирезистентний туберкульоз
МСЕК	–	Медико-санітарна експертна комісія
НАМН	–	Національна академія медичних наук
НАН	–	Національна академія наук
НАПН	–	Національна академія педагогічних наук
НБ	–	Нейробластома
НВМКЦ «ГВКГ»	–	Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь»
НГУ	–	Національна гвардія України
НДІ	–	Науково-дослідний інститут
НДР	–	Науково-дослідна робота
НДСЛ «ОХМАТДИТ»	–	Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ»
НДУ	–	Науково-дослідна установа
НМАПО	–	Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
НМДГ	–	Неоподатковуваний мінімум доходів громадян
НРОЗ	–	Національні рахунки в охороні здоров'я
НС	–	Надзвичайна ситуація
ОДА	–	Обласна державна адміністрація
ОДКЛ	–	Обласна дитяча клінічна лікарня
ОІ	–	Опортуністична інфекція
ОЛ	–	Обласна лікарня
ООН	–	Організація Об'єднаних Націй
ОТЖ	–	Очікувана тривалість життя
ПВР	–	Природжені вади розвитку
ПЛР	–	Полімеразна ланцюгова реакція
ПМД	–	Первинна медична допомога
ПМСД	–	Первинна медико-санітарна допомога
ПСЕГ	–	Пересувна санітарно-епідеміологічна група
ПТНЗ	–	Професійно-технічний навчальний заклад
ПТСР	–	Посттравматичний стресовий розлад
ПХД	–	Паліативна та хоспісна допомога
РАВ	–	Радіоактивні відходи
РПІ	–	Радіоізотопний прилад
РІЛДД	–	Розширена ініціатива «Лікарня, доброзичлива до дитини»
РЛ	–	Районна лікарня
РПД	–	Регіоналізація перинатальної допомоги
РТМЦ	–	Регіональний телемедичний центр
РЦС	–	Регіональний центр СНІДу
РР ТБ	–	Туберкульоз із розширеною резистентністю
СБУ	–	Служба безпеки України
СДЛ	–	Сільська дільнична лікарня
СЕС	–	Санітарно-епідеміологічна станція



СЕМ	–	Сероепідеміологічний моніторинг
СМП	–	Середній медичний персонал / працівник
СМТ	–	Селище міського типу
СНІД	–	Синдром набутого імунодефіциту
СОТ	–	Світова організація торгівлі
СОТЖ	–	Середня очікувана тривалість життя
ССЗ	–	Серцево-судинні захворювання
ТБ	–	Туберкульоз
ТЕБ	–	Техногенна екологічна безпека
ТМД	–	Третинна (високоспеціалізована) медична допомога
ТМО	–	Територіальне медичне об'єднання
ТПВ	–	Тверді побутові відходи
УВК	–	Учбово-виробничий комплекс
УЗД	–	Ультразвукова діагностика
УКПМД	–	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
УОЗ	–	Управління охорони здоров'я
УЦКМЗ «МОЗ»	–	Український центр з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України
ХНІЗ	–	Хронічні неінфекційні захворювання
ХОД	–	Хвороби органів дихання
ХСК	–	Хвороби системи кровообігу
ЦВХ	–	Цереброваскулярні хвороби
ЦД	–	Цукровий діабет
ЦІ БПА	–	Центр індикації біологічних патогенних агентів
ЦМЛ	–	Центральна міська лікарня
ЦПМСД	–	Центр ПМСД
ЦРЛ	–	Центральна районна лікарня
ЦСР	–	Цілі у галузі сталого розвитку
ЦТР	–	Ціла розвитку тисячоліття
ЧАЕС	–	Чорнобильська атомна електростанція
ЧСЧ	–	Чоловіки, що мають секс з чоловіками
ШМД	–	Швидка медична допомога
ЮНІСЕФ	–	Дитячий Фонд Організації Об'єднаних Націй
СІNDI	–	Інтегрована програма профілактики неінфекційних захворювань
DALYs	–	Роки життя, скориговані за непрацездатністю (Disability-adjusted life years)
ISO	–	Серія міжнародних стандартів

## ВСТУП

Здоров'я населення є найвищою цінністю, необхідним компонентом розвитку і соціально-економічного процвітання країни. Саме тому створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожного громадянина впродовж усього життя та досягнення адекватних стандартів якості життя і благополуччя населення є одним з основних завдань Стратегії сталого розвитку «Україна-2020», затвердженої Указом Президента України від 12 січня 2015 р. № 5, та частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом.

Стан здоров'я населення України сьогодні оцінюється як незадовільний, що пов'язано з високим рівнем загальної смертності (13,9 на 1000 населення), який неухильно зростає (за даними Європейської бази даних «Здоров'я для всіх», вищі, ніж в Україні, стандартизовані коефіцієнти смертності реєструються тільки в Росії, Казахстані і Молдові); низькими рівнями середньої очікуваної тривалості життя (71,31 року, нижче лише в Росії, Казахстані, Туркменістані) і тривалості здорового життя (59,2); одним із найвищих у Європейському регіоні природним спадом населення (-4,3 на 1000 населення у 2015 р.); відсутністю ознак подолання епідемій туберкульозу і ВІЛ/СНІДу.

Основними передумовами високого рівня смертності є такі фактори ризику, як паління, зайва вага, брак фізичного навантаження та надмірне вживання алкоголю, поряд із не вирішеними проблемами поширеності інфекційних захворювань і високим рівнем травматизму. При цьому для більшості населення власне здоров'я не є пріоритетом.

Водночас можливості впливу системи охорони здоров'я на громадське здоров'я використовуються вкрай недостатньо. При цьому відсутність, незважаючи на збільшення фінансування галузі, позитивної динаміки показників смертності від причин, на які охорона здоров'я за умов своєчасної діагностики та якісного лікування може впливати, свідчить, що вплив системи охорони здоров'я не лише не збільшується, а навіть зменшується.

Провідною проблемою української охорони здоров'я є невідповідність діючої моделі охорони здоров'я, призначеної для функціонування в умовах планової економіки, сучасним реаліям із жорсткими процедурами управління та фінансування.

Основа витрат закладів охорони здоров'я становлять переважно витрати на заробітну плату (витрачається близько 71–74% від загальної суми). Таким чином, залишається дуже мало простору для фактичного надання послуг, тобто лікування хворих, закупівлі медикаментів та витратних матеріалів, оновлення технологічних фондів тощо. Це означає, що громадяни самі оплачують більшу частину вартості медичних послуг.

Система охорони здоров'я в Україні є громіздкою та застарілою, фактично не орієнтована на пацієнта та не спроможна надавати ефективні, якісні послуги. Це стало причиною однієї з найбільших кількості лікарень (понад 2200) та лікарняних ліжок (понад 400 тисяч) у державному секторі, що набагато більше у перерахунку на душу населення не тільки сусідніх країн, але й країн ЄС. При цьому затверджений Кабінетом Міністрів України норматив забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку 60 на 10 тис. населення не впроваджується. Біля 75% лікарняних ліжок мають надзвичайно низький потенціал щодо надання послуг, оскільки вони розташовані в малих закладах – міських та районних лікарнях, спеціалізованих лікарнях, диспансерах та сільських лікарнях. Через відсутність інвестицій та інші обмеження дуже невелика кількість закладів здатна

забезпечити сучасний комплексний догляд. Неєфективна структура системи погіршує медико-демографічну ситуацію в країні.

У цих умовах держава здійснює заходи з імплементації Глави 22 Угоди про асоціацію України з ЄС у контексті зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу, зокрема шляхом впровадження реформ, подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги та підвищення якості навчання медичних працівників; попередження і контролю над інфекційними хворобами, такими як ВІЛ/СНІД, туберкульоз, підвищення готовності до спалахів високопатогенних хвороб та імплементації Міжнародних медико-санітарних правил; попередження та контролю над неінфекційними хворобами шляхом обміну інформацією та найкращими практиками, пропагування здорового способу життя, визначення основних детермінант здоров'я та проблем у галузі охорони здоров'я; інформації та знань у галузі охорони здоров'я, у тому числі керуючись підходом «охорона здоров'я у всіх політиках держави».

Враховуючи відданість України принципам Політичної декларації Наради вищого рівня Генеральної асамблеї ООН зі зміцнення системи охорони здоров'я та справі досягнення цілей Глобальної стратегії, якими є зниження показників передчасної смертності та підвищення якості життя населення, держава розглядає Європейську політику «Здоров'я-2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави та суспільства і інтересах здоров'я і благополуччя» та Європейський план дій по зміцненню потенціалу та послуг громадського здоров'я як інструменти для здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи громадського здоров'я в Україні та посилення його потенціалу.

Під час подальшого реформування та модернізації системи охорони здоров'я буде забезпечено право людини на здоров'я, задоволення очікувань громадян і загальну ефективність роботи галузі, що дозволить людям підтримувати здоров'я та запобігати хворобам.

У Щорічній доповіді представлено аналітичні матеріали щодо медико-демографічної та санітарно-епідемічної ситуації в країні, динаміки мережі закладів охорони здоров'я та основних показників її діяльності, реформування системи медичної допомоги населенню; характеристику реалізації стратегічних завдань державної політики з оптимізації системи охорони здоров'я у 2015 році.

Сподіваємося, що надані матеріали будуть корисними для осіб, які приймають рішення на всіх рівнях державного управління, науковців та організаторів охорони здоров'я.

## 1. АНАЛІЗ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ

### 1.1. Динаміка чисельності населення

За оцінкою Державної служби статистики, населення України на кінець 2015 р. налічувало 42760,5 тис. осіб (без анексованого Росією Криму – 2,3 млн осіб), з них 29556,4 тис. осіб проживало у міських поселеннях, а 13204,1 тис. осіб – у сільській місцевості.

Ця оцінка отримана, виходячи з підсумків Всеукраїнського перепису населення 2001 р. (ВПН-2001), даних поточного обліку демографічних подій за минулий після ВПН-2001 період на підставі реєстрації народжень і смертей (у записах актів цивільного стану), прибуття та вибуття (у документах статистичного обліку мігрантів державною міграційною службою), відомостей про адміністративно-територіальні зміни.

Поточні оцінки чисельності населення зазвичай розходяться у тій чи іншій мірі з підсумками загальних переписів населення, що призводить до порушення рядів динаміки демографічних показників, але уточнення числових оцінок української людності за 2002–2016 рр. стане можливим лише з отриманням результатів наступного ВПН-2020. Поки що ми оперуємо в аналізі не цілком коректними даними, обумовленими станом функціонування органів статистики в нинішніх екстремальних умовах існування Української держави. Незважаючи на висловлені вище зауваження до існуючої бази демографічних показників, можна вважати, що вони інформативні і цілком придатні для адекватного моніторингу демографічної ситуації в країні.

Чисельність населення в Україні неухильно скорочується, за отриманими впродовж останніх 22 років оцінками. На жаль, скорочення чисельності населення залишатиметься серйозним викликом для Української держави і в майбутньому.

Скорочення чисельності населення України обумовлене переважно стійким природним зменшенням, тобто перевищенням числа померлих над числом народжених. Уперше воно було зафіксовано у 1991 р., і до початку 2016 р. його сукупна величина перевищила 6 млн осіб, або майже 12,4% від загальної чисельності населення України станом на початок 1991 року. За минулі роки XXI ст. населення нашої країни продовжувало зменшуватись, хоча і з помітним сповільненням, в результаті чого воно скоротилося за період з 2011 р. по 2016 р. на 673,7 тис. осіб, а за минулий рік – на 168,8 тис. (табл. 1.1.1).

Таблиця 1.1.1

Динаміка чисельності населення на початок року та її зміни в Україні у 2011–2015 рр.

Рік	Чисельність наявного населення, тис. осіб			Зміни чисельності населення (2011 р. = 100%)		
	Все населення	Міські поселення	Сільські поселення	Все населення	Міські поселення	Сільські поселення
2011	43434,2	29850,3	13583,9	100,0	100,0	100,0
2012	43289,4	29791,1	13498,3	99,7	99,8	99,4
2013	43204,4	29785,7	13418,7	99,5	99,8	98,8
2014	43073,1	29741,1	13332,0	99,2	99,6	98,1
2015	42929,3	29673,1	13256,2	98,8	99,4	97,6

Примітка: без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя.

Уповільнення природного убутку населення протягом декількох останніх років (до 2014 р.) виявилось тимчасовим явищем і спричинене воно перехідними чинниками, серед

яких основна роль належить збільшенню чисельності жінок дитородного віку внаслідок підвищення народжуваності у 1980-х роках, а також призупиненню зростання і навіть скороченню числа літніх людей, що сповільнювало зростання числа смертей. Це пояснюється тим, що, починаючи з 2001 р., 60-річну межу переходили нечисленні покоління 1941 і наступних років народження, внаслідок чого число людей у віці 60 років і старше скоротилося у досліджуваному періоді.

Вплив вказаних двох чинників майже себе вичерпав, і вже у 20-х роках поточного ст. число потенційних матерів повернулося до рівня початку 1990-х років, а зростання числа літніх людей знову набуло сили за рахунок численних повоєнних поколінь, народжених у 1949–1960 рр. У результаті структурні фактори, дуже сприятливі з точки зору формування природного приросту в першому десятиріччі XXI ст., із середини другого десятиріччя стають, навпаки, дуже несприятливими.

Ще один чинник, який обумовив уповільнення природного убутку населення України до 2014 р., – сприятливі зміни у динаміці народжуваності в результаті активізації соціально-демографічної політики.

Сприятливі зміни вікової структури населення в нульових роках XXI ст. посилювали позитивний ефект поліпшення показників народжуваності, але після 2014 р. зміни вікового складу почали діяти в протилежному напрямку, послаблюючи ефект досягнень демографічної політики. За всіма наявними оцінками, очікувані підвищення рівня народжуваності і зниження смертності, навіть за найоптимістичнішими прогнозами, неспроможні нейтралізувати вплив несприятливих структурних змін, внаслідок чого зростання природного убутку населення відновиться.

Це зростання може бути більшим або меншим, залежно від того, наскільки найближчими роками вдасться знизити смертність і підвищити народжуваність, але таких змін смертності і народжуваності, які б повністю виключили збільшення природного убутку населення України, за жодним демографічним прогнозом не очікується.

Особливо несприятливий вплив на сповільнення природного убутку населення України має відкрита агресія Росії проти нашої держави у 2014–2015 рр.: відбувається прискорення зниження рівня народжуваності та підвищення показників смертності. Зниження рівня смертності населення України, за даними статистичної служби, у минулому році порівняно з попереднім 2014 р. видається артефактом, пов'язаним із похибками первинного обліку померлих як у зоні АТО, так і на решті території нашої країни (особливо серед біженців), та неврахуванням первинних даних обліку демографічних подій з окупованих територій Луганської та Донецької областей.

Певним чинником протидії загального скорочення чисельності населення України виступає міграція населення. За даними органів статистики, протягом 2011–2015 рр. в Україну прибуло на 127 тис. осіб більше, ніж вибуло за її межі. Однак такі обсяги додатнього сальдо міграції неспроможні істотно вплинути на депопуляційний тренд динаміки населення України.

Дані поточного обліку за 2015 р. та чотири попередні роки (2011–2014) показують, що найбільш інтенсивний убуток людності спостерігається, як правило, у зимові місяці, менш інтенсивний – в літні, що пов'язано з достатньо виразною сезонністю трендів смертності, народжуваності та міграції у міських поселеннях та в сільській місцевості.

Помісячна динаміка міграційного приросту (убутку) населення України не має настільки виразного сезонного характеру, тим більше, що міграційний облік визначається значною неповнотою, а це викликає необхідність корегування даних.

Помітні зміни у динаміці чисельності міського та сільського населення України відбулися у першій половині другого десятиліття XXI століття. На початок 2016 р. частка міського населення становить 69,1%, а сільського – 30,9%. Якщо раніше (до 1993 р.) міське населення зростало прискореними темпами в абсолютному та відносному вимірі, а чисельність сільських жителів – скорочувалась, то в останні два десятиліття чисельність міських жителів теж неухильно скорочувалась. Депопуляцію міського населення вперше зафіксовано у 1993 р. і в підсумку за період 1993–2015 рр. чисельність городян скоротилась на 3,8 млн осіб, а за останні п'ять років – на 293,9 тис. осіб. Чисельність сільських жителів за аналогічний період зменшилася на 2,7 млн, а протягом 2011–2016 рр. на – 379,8 тис. осіб. Формування чисельності міського та сільського населення у 2011–2015 рр. відбувалося за рахунок трьох компонентів: природного і міграційного приросту (убутку) і адміністративно-територіальних перетворень. При цьому природний убуток як для міських поселень, так і для сільської місцевості був основним фактором скорочення людності (табл. 1.1.2).

Таблиця 1.1.2

**Компоненти формування чисельності населення України за період 2011–2015 рр.**

Рік	Чисельність наявного населення на початок року, тис. осіб	Загальний приріст (убуток), тис. осіб	У т.ч.	
			природний приріст	міграційний приріст
Все населення				
2011	43434,2	-144,8	-156,7	11,9
2012	43289,4	-85,0	-139,5	54,5
2013	43204,4	-131,3	-154,9	23,6
2014	43073,1	-143,8	-166,8	23,0
2015	42929,3	-168,8	-183,0	14,2
Міське населення				
2011	29850,3	-59,2	-77,0	17,8
2012	29791,1	-5,4	-66,9	61,5
2013	29785,7	-44,6	-78,0	33,4
2014	29741,1	-68,0	-85,2	17,3
2015	29673,1	-116,7	-96,5	-20,2
Сільське населення				
2011	13583,9	-85,6	-79,7	-5,9
2012	13498,3	-79,6	-72,6	-7,0
2013	13418,7	-86,7	-76,9	-9,8
2014	13332,0	-75,8	-81,6	5,7
2015	13256,2	-52,1	-86,5	34,4

Примітка: без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя.

У динаміці чисельності населення на регіональному рівні спостерігаються певні відмінності, зумовлені особливостями як природного, так і механічного руху. У першому випадку йдеться про найстаріші в демографічному відношенні Вінницьку, Житомирську та Чернігівську області, у яких відбуваються інтенсивні депопуляційні процеси. За специфікою динаміки чисельності населення до цієї ж групи можна віднести також Київську, Одеську, Сумську та Черкаську області.

Високий рівень народжуваності, більш низька смертність сприяли тому, що у Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській і Рівненській областях найтриваліше (до

2003 р.) зберігалось зростання чисельності населення, а пізніше темпи скорочення населення були значно меншими, ніж у решті регіонів країни. Слід зазначити, що нині в двох західних областях (Закарпатській, Рівненській) та у м. Києві у минулому році зафіксовано переважання числа народжених над числом померлих, і природний приріст зафіксовано в межах від 1 до 1,8‰.

В окрему групу можна виділити Харківську і Одеську області та м. Київ. Для даних регіонів характерним є позитивне сальдо міграції, що частково компенсує природний убуток людності. Решта областей має динаміку населення, подібну до загальноукраїнської, коли протягом останніх років спостерігається неухильне зменшення чисельності без будь-яких ознак поліпшення ситуації.

Найбільшими коефіцієнтами природного зменшення населення у 2011–2015 рр. характеризувалися Чернігівська, Сумська, Полтавська, Черкаська, Кіровоградська області, що коливалися в межах від 10 до 5‰ (табл. 1.1.3).

Таблиця 1.1.3

**Динаміка природного приросту (убутку) населення областей України та м. Києва у 2011–2015 рр., на 1000 населення**

Область	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2015*
Україна	-3,6	-3,2	-3,6	-3,9	-4,3
Вінницька	-4,6	-4,2	-4,9	-5,0	-5,7
Волинська	0,7	1,6	1,0	0,9	-0,4
Дніпропетровська	-4,8	-4,3	-4,5	-4,9	-6,2
Донецька	-6,6	-6,3	-6,5	-8,4	-5,3
Житомирська	-4,1	-4,1	-4,6	-4,8	-5,7
Закарпатська	3,1	3,3	2,9	2,8	1,0
Запорізька	-4,9	-4,2	-4,7	-5,1	-6,5
Івано-Франківська	-0,1	0,2	-0,5	-0,6	-1,5
Київська	-3,9	-3,6	-3,9	-4,3	-4,8
Кіровоградська	-6,1	-5,5	-6,0	-6,2	-6,9
Луганська	-7,0	-6,4	-6,8	-5,1	-4,1
Львівська	-0,9	-0,6	-0,8	-0,9	-2,0
Миколаївська	-3,7	-3,2	-3,7	-4,0	-5,5
Одеська	-1,9	-1,4	-1,9	-2,0	-3,0
Полтавська	-6,9	-6,5	-6,9	-7,1	-7,6
Рівненська	3,1	3,5	2,5	2,1	1,2
Сумська	-7,2	-6,9	-7,7	-8,1	-8,2
Тернопільська	-2,6	-2,4	-2,7	-3,2	-4,2
Харківська	-5,0	-4,7	-4,7	-5,2	-6,5
Херсонська	-3,4	-3,0	-3,5	-3,6	-4,9
Хмельницька	-4,2	-4,2	-4,6	-4,4	-5,1
Черкаська	-6,5	-6,2	-6,6	-6,7	-6,9
Чернівецька	0,1	0,3	-0,1	0,1	-1,2
Чернігівська	-9,2	-9,2	-9,4	-10,2	-10,3
м. Київ	1,8	2,1	1,9	1,7	1,8

Примітка: без урахування частини зони проведення антитерористичної операції.

Серед регіонів України за чисельністю населення виділяються Дніпропетровська область (3254,9 тис. осіб, або 7,6%), м. Київ (2906,6 тис. осіб, або 6,8%) і Харківська область (2718,6 тис. осіб, або 6,4%). На Львівську та Одеську області припадає по 5,9–5,6% населення країни, а на решту регіонів – менше ніж по 5%. Найменша кількість населення наразі у Чернівецькій (909,2 тис. осіб) і Кіровоградській (973,1 тис. осіб) областях (табл. 1.1.4).

Динаміка чисельності населення в областях та м. Києві за період 2011–2016 рр. (тис. осіб)

Область	Рік						2016 у % до 2011 року
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Україна	43434,2	43289,4	43204,4	43073,1	42928,9	42760,5	98,45
Вінницька	1641,2	1634,2	1627,0	1618,3	1610,6	1602,2	97,62
Волинська	1037,2	1038,6	1040,0	1041,3	1042,9	1042,7	100,53
Дніпропетровська	3336,5	3320,3	3307,8	3292,4	3276,6	3254,9	97,55
Донецька	4433,0	4403,2	4375,4	4343,9	4297,0	4265,1	96,21
Житомирська	1279,0	1273,2	1268,9	1262,5	1256,0	1247,5	97,54
Закарпатська	1247,4	1250,7	1254,4	1256,9	1259,6	1259,2	100,95
Запорізька	1801,3	1791,7	1785,2	1775,8	1765,9	1753,6	97,35
Івано-Франківська	1379,8	1380,1	1381,8	1382,1	1382,6	1382,3	100,18
Київська	1717,6	1719,5	1722,1	1725,5	1729,2	1732,2	100,85
Кіровоградська	1010,0	1002,4	995,2	987,6	980,6	973,1	96,35
Луганська	2291,3	2272,7	2256,5	2239,5	2220,0	2205,4	96,25
Львівська	2544,7	2540,9	2540,7	2538,4	2537,8	2534,2	99,59
Миколаївська	1183,3	1178,2	1173,5	1168,4	1164,3	1158,2	97,88
Одеська	2388,7	2388,3	2395,2	2396,5	2396,4	2390,3	100,07
Полтавська	1487,8	1477,2	1467,8	1458,2	1449,0	1438,9	96,71
Рівненська	1152,5	1154,3	1156,9	1158,8	1161,2	1161,8	100,81
Сумська	1161,5	1152,3	1143,2	1133,0	1123,4	1113,3	95,85
Тернопільська	1084,1	1080,4	1077,3	1073,3	1069,9	1065,7	98,30
Харківська	2755,1	2742,2	2744,4	2737,2	2731,3	2718,6	98,68
Херсонська	1088,2	1083,4	1078,2	1072,5	1067,9	1062,4	97,63
Хмельницька	1326,9	1320,2	1314,0	1307,0	1301,2	1294,4	97,55
Черкаська	1285,4	1277,3	1268,9	1260,0	1251,8	1243,0	96,70
Чернівецька	904,3	905,3	907,2	908,5	910,0	909,9	100,62
Чернігівська	1098,2	1088,5	1077,8	1066,8	1055,7	1045,0	95,16
м. Київ	2799,2	2814,3	2845,0	2868,7	2888,0	2906,6	103,84

Скорочення чисельності у 2011–2016 рр. спостерігалось у переважній більшості регіонів України. Найбільше скоротилося число жителів Чернігівської (на 4,8% порівняно з 2011 р.), Сумської (на 4,1%), Кіровоградської (на 3,7%) областей. У групі п'яти західних областей (Закарпатська, Рівненська, Чернівецька, Волинська та Івано-Франківська) та у Київській та Одеській областях чисельність населення станом на 31.12.2015 р. зберігалася практично на рівні показників початку 2011 р. (зростання чисельності зафіксовано в межах від 0,1% до 0,9%). Зростання чисельності населення протягом останніх п'яти років зафіксовано у м. Києві (на 3,8%).

Статеві-вікова піраміда населення України значною мірою деформована соціально-економічними катаклізмами, якими надто часто переривався відносно спокійний хід історії України. Тому для сучасної статево-вікової піраміди населення України характерні деформовані, порвані краї і дуже сильна асиметрія чоловічої та жіночої частин піраміди (рис. 1.1.1).

В останні десятиріччя основа вікової піраміди населення України швидко звужувалась. Цей процес був дещо призупинений підвищенням народжуваності, що розпочалося із 2002 р. і прискорилося у зв'язку з введенням у 2005 р. суттєвої допомоги при народженні дитини та з її наступним збільшенням.

Визначальною особливістю сучасного вікового складу населення України є високий рівень постаріння – вона належить до тридцяти країн світу з найстарішим населенням. Так, якщо у 1991 р. частка населення у віці 60 років і старше в Україні становила майже 19% його



загальної чисельності, то на початок 2016 р. – понад 21%. За прогнозом, у середині ХХІ ст. частка осіб 60 років і старше становитиме понад 30%.

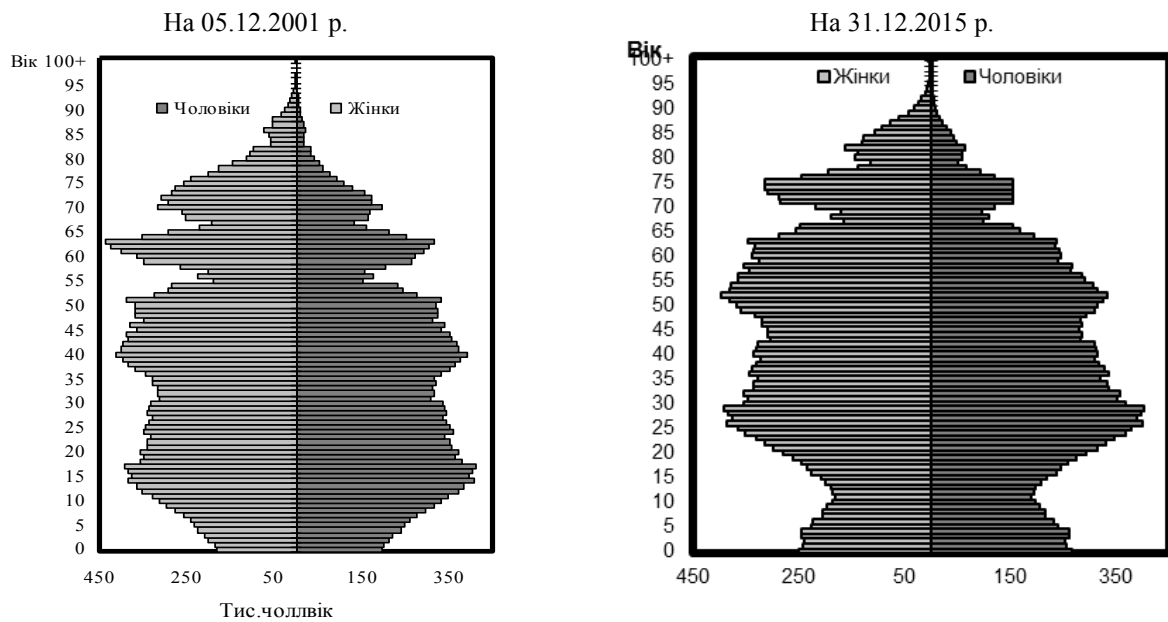


Рис. 1.1.1. Статеві-вікові піраміди населення України у 2001 р. і на початок 2016 р. (тис. осіб)

Рівень постаріння сільського населення в Україні вищий, ніж міського: частка населення післяпрацевдатного віку на початок 2015 р. у селах становила 24,2%, в містах – 21,3%. Випереджаючі темпи старіння населення України багато в чому пояснюються пережитим – тривалою стагнацією показників смертності, різким зниженням народжуваності і міграційним впливом населення в період ринкових трансформацій (табл. 1.1.5).

Таблиця 1.1.5

Розподіл населення України за укрупненими віковими групами в 2011–2015 рр. (%)

Рік	Частка населення у віці		
	допрацевдатному	працевдатному	післяпрацевдатному
Міські та сільські поселення			
2011	15,3	60,0	24,7
2012	15,4	63,4	21,2
2013	15,5	63,1	21,4
2014	15,7	62,7	21,6
2015	15,5	62,3	22,2
Міські поселення			
2011	14,4	61,9	23,7
2012	14,5	65,3	20,1
2013	14,7	64,8	20,5
2014	15,0	64,2	20,8
2015	14,7	64,1	21,3
Сільська місцевість			
2011	17,3	56,0	26,8
2012	17,2	59,3	23,5
2013	17,3	59,4	23,4
2014	17,4	59,4	23,2
2015	17,3	58,5	24,2

Як свідчать демографічні прогнози, в містах відбуватиметься подальше поглиблення постаріння і жіночої, і чоловічої частин населення, насамперед через низьку народжуваність, а в селах – подальше омолодження його вікового складу, переважно внаслідок переходу найбільших деформацій у найстарші вікові групи і зменшення потенціалу подальшого старіння. Незважаючи на те, що у 2001–2015 рр. демографічне «навантаження» у селах знизилось більшою мірою, ніж в містах, воно залишається вищим порівняно з міськими поселеннями в 1,2 разу. Цей структурний демографічний чинник впливає на формування рівнів життя в містах і селах, а також на рівень побутового навантаження на жінок, оскільки виховання дітей і догляд за членами сім'ї похилого віку є переважно обов'язком жінки. Підвищення у містах «навантаження» особами післяпрацевдатного віку, а отже і посилення побутового навантаження на міських жінок, загострює проблему розвитку суспільних форм догляду за людьми похилого віку.

Аналіз свідчить, що найвища частка літніх осіб фіксується серед сільських жінок, а наймолодшим соціально-демографічним контингентом залишаються міські чоловіки. Слід зауважити, що на співвідношення рівнів постаріння жінок та чоловіків за типом поселення впливає, крім того, ще й специфіка міграційного обміну між містом і селом, зокрема переважний відтік молоді у міста.

Поступово відмітку 65-річчя перетинатимуть усе численніші покоління народжених з другої половини 1950-х років, і відповідні показники в Україні зростатимуть. Процес старіння прискориться, при цьому частка осіб похилого віку серед чоловіків України (потенціал старіння яких ще далеко не вичерпано) зростатиме більшими темпами, отже наявне перевищення рівня постаріння жінок над чоловіками до 2050 р. скоротиться. На тлі скорочення загальної чисельності населення чисельність осіб у віці 65 років і старше збільшуватиметься, причому більш стрімким і неухильним буде це зростання у чоловіків. Зрештою наприкінці першої половини поточного сторіччя чисельність літніх жінок становитиме майже 5,8 млн осіб (що майже на чверть перевищуватиме нинішню їх чисельність), чоловіків – понад 3,8 млн осіб (що на дві третини більше, ніж наразі). Відповідний коефіцієнт «старіння зверху» підвищиться у жінок до 28%, у чоловіків – до 20%.

Нині в Україні жінок віком 65 років і старше удвічі більше, ніж чоловіків. До кінця прогнозного періоду це співвідношення зменшиться до 1,5.

Динаміка чисельності довголітніх (80 років і старше) в Україні у першій третині поточного сторіччя вирізнятиметься переважно хвилеподібними коливаннями, а вже після 2030 р. (і майже до кінця прогнозного періоду) збільшення чисельності найстарших вікових контингентів (як жінок, так і чоловіків) набуде сталого характеру. Наприкінці прогнозного періоду кожна дванадцята особа жіночої статі й один із кожних двадцяти чотирьох чоловіків в Україні будуть представлені довголітніми. Причому, згідно із середнім варіантом демографічного прогнозу, чисельність саме довголітніх осіб в Україні у першій половині XXI ст. зростатиме у режимі випередження (при цьому чоловіків – швидше, ніж жінок), отже коефіцієнт довголіття підвищуватиметься.

Основні міжпоселенські співвідношення між показниками старіння у цілому збігаються: рівень старіння сільських жителів (як жінок, так і чоловіків) стало перевищує такий для міських. При цьому вікова межа, за якою очікувана тривалість життя літніх не перевищує 15 років, для міських жінок наразі становить 68 років (і є на рік вищою, ніж у селянок), а для міських чоловіків – 62 роки (на 2 роки більше, ніж для сільських жителів).

У перспективі старіння населення залишатиметься важливою проблемою для України, особливо якщо врахувати сучасний та очікуваний негативні впливи на його віковий склад міграційних процесів, епідемій туберкульозу і ВІЛ/СНІДу, найбільших втрат від яких зазнають групи молодого і середнього працездатного віку.

Високий рівень постаріння населення України ставить перед суспільством глибокі проблеми, пов'язані з необхідністю пристосування до зниження в сучасних умовах економічної результативності демографічного чинника економічного розвитку. І надалі старіння населення та його наслідки будуть залишатися важливими проблемами для України з демографічної, економічної та соціально-психологічної точок зору.

## 1.2. Тенденції народжуваності населення

На початку XXI ст. в Україні сформувалася тенденція до зростання числа народжених. У 90-х роках минулого ст. спостерігалось, навпаки, його швидке зниження, в результаті чого кількість народжених скоротилася у 1,7 разу – з 624,6 тис. у 1990 р. до 358,6 тис. у 2001 році.

Із 2002 р. (2002–2004 рр., 2008–2009 рр., 2011–2012 рр.) спостерігається певне збільшення кількості народжених, що, однак, не свідчить про докорінний «перелом» у тенденціях народжуваності, а являє собою вже неодноразово фіксовану у посткризові (у т.ч. повоєнні) роки компенсацію народжень, що відбувається до того ж на тлі припливу «демографічної хвилі» (мається на увазі вступ у дітородний вік більш численних контингентів жінок 1983–1988 рр. народження), а також певної активізації соціально-демографічної політики останніми роками.

У 2013 р. знову відновилося тенденція до скорочування народжуваності як в міських поселеннях, так і в сільській місцевості. Так, у 2015 р. число народжень в Україні порівняно з 2012 р. в абсолютному вимірі зменшилось на 79,6 тис. осіб (в міських поселеннях – на 52 тис., у сільській місцевості – на 27 тис.). У 2015 р. народилося на 54,1 тис. менше, ніж в 2014 р., а загальний коефіцієнт народжуваності знизився з 10,8‰ у 2014 р. до 9,6‰ у 2015 р. (табл. 1.2.1).

Більш адекватною інтегральною характеристикою народжуваності служить коефіцієнт сумарної народжуваності, який дозволяє усунути вплив вікової структури. Найнижче значення коефіцієнта сумарної народжуваності в Україні відзначалося в 2001 р. – 1,1. За 2002–2012 рр. його значення збільшилось з 1,2 до 1,4 у 2012 р., що приблизно відповідає рівню початку 1990-х років і майже на 20% нижче рівня, необхідного для простого відтворення населення, який становить 2,1 дитини на одну жінку дітородного віку.

Аналіз помісячної динаміки народжуваності в Україні свідчить, що кількість народжень мали схильність до чітко виразної сезонності, хоча протягом року завжди виділяються певні піки і спади. У 1990-ті роки найбільше число народжень реєструвалося у січні та березні, а найменше – в останні місяці року, в нульові роки XXI ст. найбільше число народжень фіксувалося в літні місяці, дещо менше – в березні, а найменше, як і в 1990-ті роки, у жовтні-грудні.

Динаміка народжень та загальних коефіцієнтів народжуваності

Рік	Число народжень (тис. осіб)				Загальні коефіцієнти народжуваності (%)			
	Міські поселення та сільська місцевість	Міські поселення	Сільська місцевість	Міські поселення у % до сільської місцевості	Міські поселення та сільська місцевість	Міські поселення	Сільська місцевість	Міські поселення у % до сільської місцевості
2011	474,9	311,5	163,5	190,5	11,0	10,4	12,1	86,5
2012	491,4	323,0	168,4	191,8	11,4	10,8	12,5	86,7
2013	475,1	312,4	162,8	191,9	11,0	10,5	12,2	86,2
2014	465,9	306,3	159,6	191,9	10,8	10,3	12,0	85,9
2015	411,8	270,6	141,2	191,6	9,6	9,1	10,7	85,6
2015 р. у % до 2011 р.	86,7	86,9	86,4	x	87,7	87,5	88,4	x

Примітка: без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя.

Сезонні відхилення помісячних чисел народжених від середньорічних значень також вказують на зміну сезонної хвилі народжень. У першій половині 90-х років минулого століття помісячні числа народжених у січні-липні перевищували середньорічні значення, а у вересні-грудні були помітно нижчими. На початку поточного століття більш низькі числа помісячних народжень у жовтні-грудні зберігалися, але найбільше значення явно змістилося на літні місяці. У 2010 і 2015 рр. число народжень було найнижчим у перші й останні місяці року, а найбільші значення відзначалися в червні-липні і липні-серпні відповідно.

За минулі роки ХХІ ст. відбуваються помітні зрушення у народжуваності в Україні, зокрема суттєво підвищилась частка позашлюбних народжень, яка в 2015 р. становила більше п'ятої частини новонароджених. Збільшення частки дітей, народжених жінками, які не перебувають у зареєстрованому шлюбі, обумовлене не тільки дійсно позашлюбною дітородною активністю, але й поширенням незареєстрованих шлюбів, які стали досить розповсюдженим явищем в Україні і, виходячи з досвіду західних країн, матимуть тенденцію до стабілізації. Народжуваність поза зареєстрованим шлюбом в Україні відрізняється від розвинутих країн Європи як все ще меншою поширеністю, так і тією негативною рисою, що позашлюбна народжуваність у нас є найбільш високою саме в наймолодших вікових групах жінок, народження дітей у яких є наслідком надто ранніх і часто небажаних вагітностей.

Привертає увагу, що частка позашлюбних народжень у сільській місцевості країни в останні п'ять років стало перевищує таку у міських поселеннях. Комбінований структурний аналіз сукупностей новонароджених за шлюбним станом матері, її віком та черговістю народженої дитини у містах і селах показує, що сільська «перевага» за часткою позашлюбних народжень стосується, головним чином, народження первістків (частково – других дітей) у молодих жінок, серед яких нині більш поширеним є як власне безшлюбне материнство, так і практика співжиття без офіційної реєстрації шлюбних стосунків.

В Україні спостерігається суттєва регіональна диференціація народжуваності. Диференціація областей України за рівнем народжуваності пов'язана не тільки з відмінностями інтенсивності народжуваності, але й з особливостями вікової структури населення. За даними 2015 р. цей показник був нижчим за середній по Україні (9,6%) у

восьми областях. Значення загального коефіцієнта народжуваності коливалися від 8,7‰ у Чернігівській області до 13,9‰ у Рівненській. В окремих областях значення загального коефіцієнта народжуваності досягає дещо вищого рівня, ніж у решті областей: Закарпатська – 13,3‰, Волинська – 12,8‰, м. Київ – 12,3‰.

За рівнем народжуваності регіони України розподіляються на три групи: східні області, яким притаманна надзвичайно низька народжуваність, яка навіть наполовину не забезпечує відновлення чисельності населення (Сумська, Чернігівська, Луганська, Донецька, Полтавська, Харківська), західні області (Волинська, Рівненська, Закарпатська, Івано-Франківська, Чернівецька, до них тяжіє Одеська) мають відносно високі показники народжуваності. Їм притаманні порівняно високі сумарні коефіцієнти народжуваності (1,4–1,6 дитини на одну жінку). Це переважно території, де зберігаються традиції дводітності, які демонструють найменші в країні показники поширеності абортів, з удвічі нижчою за український рівень часткою позашлюбної народжуваності. До третьої групи належить решта областей (демографічно «старі» регіони півночі та центру), в яких показники відтворення населення знаходяться на рівні середньоукраїнських (табл. 1.2.2).

Таблиця 1.2.2

Регіональна диференціація рівня народжуваності в Україні у 2014–2015 рр. (на 1000 населення)

Область	Кількість народжених на 1000 населення					
	усе населення		міське населення		сільське населення	
	2015	2014	2015	2014	2015	2014
Україна	9,6	10,8	9,1	10,2	10,8	12,2
Вінницька	10,2	10,9	10,4	11,1	10,0	10,6
Волинська	12,8	14,1	11,8	12,9	14,0	15,3
Дніпропетровська	10,2	11,1	10,1	11,0	10,8	11,7
Донецька	3,9	8,2	3,9	8,1	4,4	9,2
Житомирська	11,0	12,0	10,6	11,7	11,4	12,5
Закарпатська	13,3	14,6	12,7	13,9	13,7	15,0
Запорізька	9,4	10,6	9,1	10,2	10,5	11,7
Івано-Франківська	11,3	12,2	10,4	11,3	11,9	12,9
Київська	11,7	12,1	11,8	12,2	11,5	11,9
Кіровоградська	9,7	10,7	9,3	10,4	10,3	11,4
Луганська	2,4	5,2	2,3	5,0	3,0	6,6
Львівська	11,0	11,9	10,3	11,2	12,1	13,1
Миколаївська	9,9	11,2	9,2	10,4	11,5	13,0
Одеська	11,5	12,3	10,2	11,0	14,0	15,0
Полтавська	9,3	10,0	9,1	9,7	9,7	10,4
Рівненська	13,9	14,8	11,9	12,7	15,7	16,7
Сумська	8,8	9,2	8,8	9,2	8,7	9,1
Тернопільська	10,1	10,9	10,4	11,3	9,9	10,7
Харківська	9,2	10,1	9,0	10,0	9,6	10,6
Херсонська	10,7	11,5	10,1	10,8	11,7	12,6
Хмельницька	10,6	11,2	10,9	11,5	10,3	10,9
Черкаська	9,2	9,8	9,2	9,8	9,3	9,9
Чернівецька	11,7	12,8	10,0	11,0	13,0	14,2
Чернігівська	8,7	9,0	8,9	9,3	8,2	8,5
м. Київ	12,3	12,1	12,3	12,1	x	x

Однією з характерних особливостей народжуваності в Україні є перехід до малодітності. Як за результатами ВПН-2001, так і за даними щорічних вибірових обстежень умов життя домогосподарств, найпоширенішим типом домогосподарств із дітьми у віці до 18 років є однодітні сім'ї. Динамічні порівняння даних переписів населення свідчать, що

кількість сімей, які обмежуються наявністю лише однієї дитини, постійно збільшується. Така ж тенденція простежується й за результатами вибіркового обстеження. Так, якщо у 2000 р. частка домогосподарств із однією дитиною серед усіх домогосподарств із дітьми становила 61%, то у 2011 р. однодітних домогосподарств було вже 75% (22% – дводітні сім'ї та 3% мали у своєму складі трьох і більше дітей).

Ще однією характерною рисою сучасної ситуації щодо народжуваності є трансформація вікової моделі народжуваності. В останні 20 років віковий профіль народжуваності змінився не тільки за рахунок зниження народжуваності, але й за рахунок переміщення яскраво вираженого піку народжуваності з вікової групи 20–24 роки на вікову групу 25–29 років. Останніми роками цей зсув кривої вікової народжуваності вправо зберігався, а крім того, підвищувалася народжуваність у середніх і старших вікових групах жінок. Так, у 2015 р. народжуваність виявилася вищою, ніж у 2011 р., у всіх вікових групах, крім 15–17 років, але особливо значно в віці 25–39 років.

У ході трансформації вікової моделі народжуваності змінюється «внесок» окремих вікових груп у сумарну народжуваність умовних поколінь. Найбільша частка припадає, як і раніше, на 20–24-річних жінок, попри те, що впродовж двох останніх десятиліть їхній внесок до сумарного показника народжуваності помітно зменшився (майже на 30%). Вплив дітородної активності жінок наймолодшої дітородної групи на сумарну народжуваність також послабився, натомість збільшився внесок жінок віком 25–29 років – він майже наблизився до того, що був встановлений для попередньої п'ятирічної вікової групи. В останні десятиліття також зростає вплив жінок середніх і старших репродуктивних груп, але півст. тому їхній внесок у сумарну народжуваність був навіть більший, ніж сучасний, і забезпечувався переважно народженнями дітей високих черговостей, тоді як зараз цей внесок збільшується за рахунок народжень дітей низьких черговостей.

Зміни у структурі народжуваності за черговістю народжених показують, що розподіл народжених за черговістю є близьким до зафіксованої півстоліття тому. Високою часткою у складі новонароджених виділяються первістки: вони становлять майже половину усіх новонароджених; третина належить дітям другої черговості народження. Найсуттєвіші зміни відбулися у структурах новонароджених за черговістю їх народження в окремих п'ятирічних групах жінок у віці понад 25 років. Так, у 25–29-річних жінок значно збільшилась частка первісток і, відповідно, зменшилась питома вага народжених третьої та наступних черговостей. У сукупності жінок віком 30–44 роки істотно зросла частка народжених другої черговості. Втрату традиції багатодітності ще раз підтверджує зменшення у 2,4 разу частки народжених п'ятої черговості у жінок віком 40–44 роки, а у жінок найстаршої дітородної групи – у 3,1 разу.

Прикметою сучасної народжуваності в Україні став так званий процес «постаріння» материнства. Доволі швидкі темпи зростання коефіцієнтів народжуваності у жінок віком 25–39 років протягом останніх десяти років знову змінили траєкторію повікової кривої (із увігнутої на випуклу) й вона стала у цілому більш симетричною.

«Постаріння» материнства проявляється, насамперед, у зростанні середнього віку матері на момент народження дитини. Якщо у середині 1990-х років цей показник був на рівні 24,5 року, то за даними 2012 р. він піднявся до 27,2 року.

Іншою ілюстрацією «постаріння» материнства є той факт, що за повільного зростання на початку нового тисячоліття (а в деякі роки навіть незначному зменшенні) інтенсивності

народжуваності у молодших дітородних групах жінок, рівень народжуваності у жінок середнього і старшого репродуктивного віку невпинно зростає, починаючи з 2001 р. Так, у 2012 р. порівняно із 2000 р. інтенсивність народжуваності жінок у віці 35–39 років зросла майже втричі й становила 26,4‰.

### 1.3. Тенденції смертності населення

Тренд смертності населення України за роки незалежності залишається вкрай неблагополучним. Зростання числа померлих і загального коефіцієнта смертності триває в Україні вже протягом низки десятиліть, що обумовлено як тенденцією до старіння населення, так і підвищенням інтенсивності смертності. Особливо швидке зростання відзначалося в 1991–1995 рр., за яким пішов спад 1996–1998 рр., а потім відновлення зростання. Найбільше число померлих зареєстровано в 2005 р. – 745 тис. осіб, або 16,7‰.

Незважаючи на позитивну динаміку загального коефіцієнта смертності за останні п'ять років, він у 2015 р. залишається одним із найвищих у Європі. У 2015 р. кількість померлих в Україні становила 594,8 тис. осіб (без частини зони проведення антитерористичної операції), що було на 37,9 тис. осіб менше, ніж у 2014 році. У міських поселеннях абсолютне число померлих у 2015 р. порівняно з попереднім роком скоротилось на 24,5 тис., а у сільській місцевості – на 13,4 тис. осіб (без урахування тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополя) (табл. 1.3.1). Загалом за п'ятирічний період (2011–2015 рр.) кількість померлих в Україні зменшилася на 36,9 тис. осіб (у містах – на 21,5, у селах – на 15,4 тис. осіб).

Таблиця 1.3.1

Чисельність померлих та загальні коефіцієнти смертності в Україні у 2011–2015 рр.

Рік	Число померлих (тис. осіб)				Загальні коефіцієнти смертності (‰)			
	Міські поселення і сільська місцевість	Міські поселення	Сільська місцевість	Міські поселення у % до сільської місцевості	Міські поселення і сільська місцевість	Міські поселення	Сільська місцевість	Міські поселення у % до сільської місцевості
2011	631,7	388,5	243,1	159,8	14,6	13,0	18,0	72,6
2012	630,9	389,9	241,0	161,8	14,6	13,1	17,9	73,1
2013	630,0	390,4	239,6	162,9	14,6	13,1	17,9	73,2
2014	632,7	391,5	241,2	162,3	14,7	13,2	18,1	72,6
2015	594,8	367,1	227,7	161,2	13,9	12,4	17,2	72,0
2015 р. у % до 2011 р.	94,2	94,5	93,7	x	95,3	95,1	95,9	x

Динаміка кількості померлих значною мірою визначається в Україні коливаннями вікової інтенсивності смертності та змінами вікової структури. Розрахунки показують, що у 2011–2015 рр. кількість померлих в Україні від структурних факторів залежить на 55%. Решта 45% – наслідок зниження інтенсивності смертності в результаті дії інших чинників, насамперед соціально-економічних. Таким чином, динаміка кількості померлих в Україні за останні п'ять років обумовлена більшою мірою структурними чинниками, і меншою – соціально-економічними.

Показникам смертності притаманна суттєва регіональна диференціація. Частково це пов'язано з відмінностями в інтенсивності смертності, частково – з відмінностями в статеві-віковому складі населення. У регіонах із більш високою часткою населення старших вікових груп значення загального коефіцієнта смертності, як правило, вище, ніж у регіонах, де висока частка молодших вікових груп.

Порівняно з 2014 р. загальний коефіцієнт смертності в 2015 р. збільшився у 8 областях України, в 10 областях залишився практично на тому ж рівні і лише в 5 регіонах знизився. Найбільш значне зниження зафіксовано в Кіровоградській та Черкаській областях (на 2,4%), Сумській області (на 1,4%). Найбільш суттєве підвищення загального коефіцієнта смертності спостерігалось в Закарпатській (на 4,9%), Херсонській (3,3%), Дніпропетровській (на 2,7%) і Харківській (на 2,1%) областях. У Волинській області коефіцієнт смертності залишався на рівні 13,2‰, у Рівненській – 12,7‰, в Івано-Франківській – 12,8‰ протягом двох років (табл. 1.3.2).

Таблиця 1.3.2

Регіональна диференціація смертності в Україні у 2014–2015 рр. (на 1000 населення)

Область	Кількість померлих на 1000 населення					
	усе населення		міське населення		сільське населення	
	2015	2014	2015	2014	2015	2014
Україна	13,9	14,7	12,4	13,2	17,1	18,1
Вінницька	15,9	15,8	11,6	11,6	20,3	20,2
Волинська	13,2	13,2	10,8	10,8	15,8	15,8
Дніпропетровська	16,5	16,1	15,8	15,4	19,8	19,2
Донецька	9,3	16,5	9,1	16,3	10,8	19,2
Житомирська	16,7	16,8	13,2	13,3	21,7	21,8
Закарпатська	12,3	11,8	11,9	11,4	12,6	12,0
Запорізька	15,9	15,7	14,9	14,7	19,5	19,1
Івано-Франківська	12,8	12,8	10,1	10,1	14,8	14,8
Київська	16,4	16,4	12,8	12,8	22,4	22,2
Кіровоградська	16,6	17,0	15,0	15,4	19,2	19,7
Луганська	6,5	10,2	6,1	9,6	9,2	14,4
Львівська	13,0	12,8	11,2	11,1	15,6	15,4
Миколаївська	15,4	15,2	14,3	14,2	17,6	17,4
Одеська	14,4	14,3	13,3	13,1	16,7	16,5
Полтавська	17,0	17,1	14,5	14,6	20,9	21,0
Рівненська	12,7	12,7	9,9	9,9	15,2	15,2
Сумська	17,0	17,2	14,4	14,7	22,6	22,8
Тернопільська	14,3	14,2	10,4	10,4	17,4	17,2
Харківська	15,6	15,3	14,7	14,4	19,5	19,1
Херсонська	15,6	15,1	15,6	15,1	15,6	15,1
Хмельницька	15,8	15,6	11,1	11,1	21,7	21,5
Черкаська	16,2	16,6	13,0	13,3	20,3	20,8
Чернівецька	12,9	12,8	10,7	10,7	14,5	14,4
Чернігівська	19,0	19,2	14,2	14,3	27,7	27,8
м. Київ	10,5	10,4	10,5	10,4	х	х

У формуванні рівня смертності беруть участь усі вікові групи, у т.ч. дитячі вікові контингенти. Важливим показником смертності та одночасно якості життя є коефіцієнт смертності немовлят – кількість померлих у віці до одного року у розрахунку на 1000 народжених живими. На відміну від загального коефіцієнта смертності, який то піднімався, то знижувався протягом двох останніх десятиліть, коефіцієнт смертності немовлят досить неухильно знижувався в останні десятиліття. З кінця 1980-х років кількість померлих у віці до одного року в основному скорочувалася, знизившись з 13,9 тис. у 1984 р. до 3,3 тис. у 2015 році.



У 2015 р. було зареєстровано 3,3 тис. осіб, померлих у віці до одного року, що на 9,2% менше, ніж у 2014 році. У 2015 р. коефіцієнт смертності немовлят у міських поселеннях становив 7,8 померлих дітей до одного року на тисячу живонароджених (2,1 тис. дітей), у сільській місцевості – 8,6 дітей до одного року (1,2 тис.). Коефіцієнт смертності дітей до одного року у 2015 р. порівняно з 2011 р. знизився на 10,1%, у містах – на 9%, у сільській місцевості – 12,1% (табл. 1.3.3).

Таблиця 1.3.3

Смертність дітей віком до одного року в Україні у 2011–2015 рр.

Рік	Померло дітей у віці до 1 року					
	осіб			на 1000 живонароджених		
	обидві статі	хлопчики	дівчатка	обидві статі	хлопчики	дівчатка
	Міські поселення та сільська місцевість					
2011	4259	2443	1816	9,0	10,0	7,9
2012	4133	2356	1777	8,4	9,3	7,5
2013	3839	2201	1638	8,1	9,0	7,1
2014	3656	2124	1532	7,8	8,8	6,8
2015	3318	1928	1390	8,1	9,1	7,0
Міські поселення						
2011	2658	1552	1106	8,5	9,7	7,3
2012	2613	1522	1091	8,1	9,1	7,0
2013	2426	1382	1044	7,8	8,6	6,9
2014	2316	1339	977	7,6	8,5	6,6
2015	2102	1215	887	7,8	8,7	6,8
Сільська місцевість						
2011	1601	891	710	9,8	10,6	9,0
2012	1520	834	686	9,0	9,6	8,4
2013	1413	819	594	8,7	9,8	7,5
2014	1340	785	555	8,4	9,4	7,1
2015	1216	712	504	8,6	9,8	7,3

Примітка: без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя.

Констатуючи факт довготривалого зниження рівня смертності немовлят слід зазначити, що ці досягнення не настільки відчутні, як може видатися з першого погляду. Зафіксований в Україні у 2015 р. рівень смертності дітей віком до одного року (8,1‰) досі залишається приблизно в 2–3 рази вищим, ніж у багатьох розвинутих країнах. При цьому в Україні частина немовлят, які за критерієм ВООЗ вважаються померлими на першому тижні життя, при розрахунку коефіцієнтів смертності немовлят не враховуються. Тому реальний розрив України та інших розвинутих країн за рівнем смертності дітей віком до одного року іще сильніший.

У територіальному вимірі присутня значна диференціація показників смертності дітей до одного року. У 2015 р. розрив між максимальним (Закарпатська область – 10,7‰) та мінімальним (Київська область – 5,4‰) коефіцієнтами смертності немовлят становив 5,3‰. Найнижчі показники смертності немовлят у 2015 р. зафіксовано у Київській, Полтавській, Івано-Франківській, Волинській та Миколаївській областях, а високі – в Закарпатській, Луганській, Харківській, Кіровоградській та Донецькій областях.

Внаслідок затяжної кризи смертності населення в Україні сформувалася архаїчна структура причин смерті, у якій високий рівень смертності від ендогенних причин (хвороби системи кровообігу та новоутворення) поєднується з не менш значущим рівнем смертності від екзогенних патологій (хвороби органів дихання, травлення, інфекційні та паразитарні хвороби, зовнішні причини). Її формування обумовлене як прогресом (або регресом) в сфері

медицини, охорони здоров'я та якості життя в цілому, так і змінами в статеві-віковому складі населення. Певну роль відіграють і особливості класифікації причин смерті.

Сучасна структура причин смерті населення України поєднує у собі елементи традиційної і сучасної структур патологій, у якій високий рівень смертності від ендогенних захворювань (хвороби системи кровообігу і новоутворень) межує з не менш значущою смертністю від екзогенних причин (нещасні випадки, травми та отруєння, інфекційні хвороби, хвороби органів дихання та органів травлення). У середньому до 86% усіх смертних випадків нині в Україні припадає на три основні класи причин смерті: хвороби системи кровообігу, новоутворення і зовнішні причини смерті. В ієрархії причин смерті населення нашої країни в 2014 р., як і в попередні роки, перші п'ять місць стало посідають такі класи: хвороби системи кровообігу, новоутворення, зовнішні причини смерті, хвороби органів травлення і хвороби органів дихання.

В Україні, починаючи з середини 1970-х і до 2014 р. включно, більше половини смертей були зумовлені хворобами системи кровообігу. У 2014 р. смертність від цього класу причин смерті досягала 989,8 осіб на 100 тис. населення і порівняно з 2011 р. зросла на 1,6%. Серед хвороби системи кровообігу виділяються, насамперед, ішемічні хвороби серця (68,5% від загального числа померлих у цьому класі у 2014 р.) та хвороби, що характеризуються підвищеним кров'яним тиском (0,1%).

Друге місце серед причин смерті займають новоутворення (переважно злоякісні). У 2014 р. смертність від новоутворень в Україні становила 195,1 на 100 тис. нас., а в 2011 р. – 194,6 відповідно.

Третє місце серед причин смерті населення України стало утримують зовнішні причини. За даними 2014 р. смертність від зовнішніх причин склала 93,3 проти 92,7 на 100 тис. нас. у 2011 році. Тенденція до скорочення частки смертей від зовнішніх причин, безумовно, сприятлива, однак втрати від них залишаються занадто високими.

До 1990-го р. вагомий внесок у структурі смертності робили хвороби органів дихання, ймовірність смерті від яких у 1990-х – нульових роках ХХІ ст. почала знижуватись. Із 2011 р. частка померлих від хвороб органів дихання зменшилася з 39,1 до 34,4 на 100 тис. нас. у 2014 році. Значну роль у смертності населення від хвороб органів дихання останніми роками відіграють пневмонії, які стали причиною смерті 27,4% померлих від хвороб органів дихання у 2011 р. та 33,7% у 2014 році.

Водночас частка померлих від хвороб органів травлення поступово підвищується. Якщо до 1990-х років вона не досягала 3% від загального числа померлих, то в 2014 р. піднялась до 4%. У смертність від цього класу причин смерті найвагоміший внесок роблять фіброз і цироз печінки, судинні ураження кишок, алкогольні хвороби печінки, на які припадає 70% померлих від хвороб органів травлення, причому ця частка збільшується.

Серед інфекційних та паразитарних хвороб, що обумовлюють близько 1,7% смертей в Україні, особлива роль належить туберкульозу, на який у 2014 р. припадала майже половина померлих від цього класу причин. Значною є частка померлих від хвороб, викликаних вірусом імунодефіциту людини, на які у 2011 р. припадало 41% померлих від хвороб цього класу, у 2014 р. – 40,1% (табл. 1.3.4).

Смертність населення України за причинами смерті у 2011–2014 рр. (на 100 тис. нас.)

Причина смерті	2011	2012	2013	2014	2014 у % до 2013
Усього померлих	1454,0	1454,5	1456,1	1470,4	101,0
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби, у т.ч.:	30,7	30,2	27,9	25,5	91,5
туберкульоз	15,2	15,2	14,1	12,2	86,4
ВІЛ	12,6	12	11	10,2	93,0
Новоутворення	194,6	203,2	202,7	195,1	96,2
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,7	0,6	0,5	0,6	112,1
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	5,5	5,5	5,3	5,2	97,5
Розлади психіки та поведінки	3,2	3,4	3,6	3,7	103,9
<i>у т. ч. розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю</i>	1,8	2	2,2	2,2	98,3
Хвороби нервової системи	13,2	13	13,1	13,7	104,4
Хвороби системи кровообігу	963,4	957,5	968,2	989,8	102,2
<i>у т. ч. ішемічна хвороба серця</i>	626,0	631,6	648,6	678,0	104,2
Хвороби органів дихання	39,1	37,2	36,1	34,4	95,4
<i>у т. ч. грип і пневмонія</i>	10,7	11,6	11,9	11,6	97,7
Хвороби органів травлення	55,2	60,8	61,5	58,7	95,4
<i>у т. ч. алкогольні хвороби печінки</i>	5,1	5,7	5,9	5,0	84,0
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1	1,3	1,1	1,2	107,0
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	1,3	1,3	1,3	1,2	92,8
Хвороби сечостатевої системи	6,5	6,9	6,7	6,3	93,5
Ускладнення при вагітності, пологах та в післяпологовому періоді	0,2	0,2	0,1	0,2	160,5
Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	5,1	5,1	4,7	4,6	96,9
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	4,2	4	3,7	3,5	95,1
Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	37,3	34,2	32,5	33,5	103,0
Зовнішні причини смертності	92,7	90	87	93,3	107,3

#### 1.4. Тривалість життя

Очікувана тривалість життя (ОТЖ) – один із ключових показників, що входять у розрахунок індексу розвитку людського потенціалу – головного інтегрального показника для міждержавних порівнянь рівня та якості життя населення. Крім того, ОТЖ населення країни та окремих її регіонів характеризує рівень життя людей. Зміна ОТЖ може бути наслідком проведення економічних, політичних, соціальних реформ в Україні, а також зміною ідеології українського соціуму.

Очікувана тривалість життя у всьому світі поступово зростає. За останніми даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в абсолютному вимірі в середньому ОТЖ збільшилася на шість років для новонароджених за період з 1990 р. по 2013 рік. У 2013 р. Україна займала 118-е місце серед країн світу за ОТЖ, яка становила для новонародженого 71,3 року для обох статей.

У XX ст. (крім періодів соціальних катастроф) жінки жили довше за чоловіків. До певної міри це можна пояснити відмінностями природи двох статей: жінкам більш властивий

інстинкт самозбереження – вони частіше звертаються по медичну допомогу, що дозволяє діагностувати захворювання на ранніх стадіях і, як наслідок, провести необхідне лікування. Незважаючи на те, що жінки в сучасному суспільстві мають практично однакові із чоловіками права на працю, основна частка навантажень (керівні посади і пов'язані з ними стреси, служба в армії, фізична праця тощо) припадає на чоловіче населення, що позначається на стані його здоров'я. Зазначимо, що тривалість життя українських жінок перевищувала аналогічний показник для чоловіків на 9,9 року. У 2013 р. в Україні був досягнутий історичний максимум ОЖЖ для жінок – 76,2 року. Для чоловіків цей показник склав 66,3 року. Навіть якщо зважити на певну неточність розрахунку показників ОЖЖ, враховуючи непевність розрахункових даних статеві-вікового розподілу населення від бази перепису 2001 р., наявний факт прогресу у підвищенні життєздатності населення в Україні. У 2013 р. в Україні ОЖЖ при народженні досягла рівня показників останнього благополучного у відношенні ситуації зі смертністю 1990 р. (табл. 1.4.1).

Таблиця 1.4.1

**Зміни очікуваної тривалості життя населення України у 2010–2014 рр. (років)**

Рік	Чоловіки			Жінки		
	міські поселення	сільські поселення	усі поселення	міські поселення	сільські поселення	усі поселення
Середня тривалість життя						
2010	65,96	63,71	65,22	75,52	74,47	75,20
2011	66,69	64,56	65,99	76,17	75,17	75,86
2012	66,85	64,53	66,09	76,35	75,14	75,98
2013	67,11	64,67	66,30	76,59	75,26	76,19
2014	67,09	64,53	66,25	76,83	75,31	76,37
Приріст (зменшення)						
2010–2011	0,73	0,84	0,76	0,65	0,70	0,66
2011–2012	0,16	-0,03	0,10	0,18	-0,04	0,13
2012–2013	0,25	0,14	0,22	0,25	0,12	0,21
2013–2014	-0,02	-0,14	-0,05	0,24	0,05	0,18
2010–2014	1,13	0,82	1,03	1,31	0,84	1,17

*Примітка: без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя.*

Сам по собі цей рівень дуже низький за сучасними мірками. За показниками тривалості життя Україна відстає від більшості розвинутих країн, і це відставання наростає, іноді перевищуючи 10, а у чоловіків – майже 15 років. Аналіз внеску в зростання тривалості життя змін смертності від основних класів причин смерті також вказує на відновлювальний характер цього зростання. У сприятливі роки знижувалася смертність від тих причин, від яких вона підвищувалася, коли йшло зростання смертності, тобто відбувалося надолуження втраченого. Стан справ помітно кращий у жінок, які явно виграють у зростанні ОЖЖ за рахунок зниження смертності від захворювань системи кровообігу, але загалом, навіть коли виграш і є, він дуже невеликий.

Зауважимо, що остання чверть століття характеризувалася невизначеною динамікою ОЖЖ: за періодом зниження (1990–1995 рр., 1999–2003 рр., 2014–2015 рр.) і періодом стабілізації (2004–2005 рр.) наставали періоди зростання (1996–1998 рр., 2006–2013 рр.).

Останній період зростання тривалості життя відзначається з 2006 р., але темпи змін досить відрізнялися за роками. Максимальне зростання ОЖЖ за період зафіксовано у 2009 р.: у чоловіків на 2 роки, у жінок – на 0,85 року, при цьому тривалість життя міських чоловіків

збільшилася на 2,05, а сільських – на 2,12 року; у жінок, навпаки, зростання тривалості життя було дещо вищим у містах, ніж у селах (відповідно 0,90 і 0,75 року).

Відмінність смертності міського та сільського населення зазвичай пов'язують із різною доступністю медичної допомоги. Але, мабуть, не менш важливі також відмінності в способі життя, у т.ч. у споживанні алкоголю. На це вказує, зокрема, статистика смертності від алкогольних отруєнь.

Регіональні відмінності в смертності і тривалості життя в Україні обумовлені низкою чинників, вирішальними серед яких є рівень екологічного неблагополуччя, стан самозбережувальної поведінки людей і вплив стресорних факторів. У 2006–2013 рр. територіальна диференціація смертності визначалась переважно смертністю у тих самих вікових групах (від 20 до 65 років), які зробили основний внесок у зниження тривалості життя всього населення країни. Вплив на регіональні відмінності смертності у дитячому і похилому віці був обмеженим.

Аналіз відмінностей щодо середньої очікуваної тривалості життя у містах та селах свідчить про довготривале відставання показників сільського населення, проте, по-перше, у 1990-х роках диференціація показників смертності за типом поселення мала тенденцію до зменшення, і, як наслідок, розрив у рівнях середньої очікуваної тривалості життя істотно скоротився. Зменшення відмінностей відбулося головним чином внаслідок випереджаючого зростання смертності міського населення, передусім чоловіків. До 1998 р. зміни тривалості життя серед міських жителів були більшими, ніж у сільських мешканців як у період спаду, так і підйому смертності. Проте протягом 1999–2010 рр. сільські жителі втратили більше років життя, ніж міські, насамперед жінки.

По-друге, відставання рівня середньої очікуваної тривалості життя сільських жителів від показників міських мешканців притаманне для дитячого та працездатного віку, проте у похилому віці показники дожиття сільського населення є кращими, ніж міського. У чоловіків це спостерігається починаючи з 70-річного, а у жінок – з 80-річного віку. Вочевидь це певною мірою пов'язано із так званим «селективним відбором» внаслідок міграційного відтоку найбільш мобільної, а отже і найбільш здорової частини молодого сільського населення в міста та в країни далекого і близького зарубіжжя. Більш висока середня очікувана тривалість життя селян у похилому віці може бути наслідком компенсації підвищеної смертності у дитячих та робочих вікових групах, внаслідок чого до похилого віку доживають найміцніші контингенти, які мають кращі шанси на довголіття, ніж у міських жителів, які виростили у містах або приїхали з сільської місцевості і в процесі адаптації до нових і складних умов життя втратили «запас міцності».

Найбільш вагомий внесок у формування відмінностей середньої очікуваної тривалості життя чоловіків у міських поселеннях та сільській місцевості належить смертності у молодому працездатному віці, а у жінок – смертності серед дітей та молоді. У смертності сільського населення порівняно з міським у досліджуваному періоді простежуються два максимуми: у чоловіків віком 1–4 та 20–24 роки та жінок віком 1–4 та 15–19 років. Смертність у зазначених вікових групах є сталою вищою саме серед сільських жителів, і це співвідношення не зазнало помітних змін протягом останніх двадцяти років. Нині сільські діти вмирають у віці 1–4 роки – у 1,7 разу, у віці 5–14 років – у 1,3 разу частіше порівняно зі своїми міськими однолітками. Смертність у працездатному віці підвищувалась більш прискореними темпами у міських поселеннях, внаслідок чого розрив у показниках

смертності на віковому інтервалі 30 років і старше помітно скоротився, проте як в містах, так і в селах надмірна смертність населення працездатного віку є основним чинником низької середньої очікуваної тривалості життя.

Зростання ОТЖ при народженні в 2006–2013 рр. відбувалося переважно за рахунок зниження смертності населення працездатного віку, на відміну від попереднього періоду 1996–1998 рр., коли цей ріст був пов'язаний переважно зі зниженням смертності дітей і літніх людей, тоді як тривалість життя чоловіків у віці 15 років залишалася незмінною. Навпаки, у 2006–2013 рр. ОТЖ 15-річних зросла майже так само, що і у віці 0 років. До особливостей цього періоду можна віднести і той факт, що майже 3/4 зростання тривалості життя у чоловіків припадало на вік 30–74 року, а у жінок – на вік 45 років і старше. У чоловіків на зростання тривалості життя найбільше вплинуло зниження смертності у віці 45–59 років, а у жінок в рівній мірі – у віці 60–74 і 45–59 років. Ці тенденції майже в однаковій мірі характерні і для міського, і для сільського населення.

Незважаючи на значні коливання показника тривалості життя протягом чверті століття, весь період з 1987 р. по 2013 р. можна розподілити на два підперіоди: 1987–2005 рр., коли тривалість життя то скорочувалася, то зростала, але зрештою опустилася від точки максимуму до мінімального рівня; 2006–2013 рр., коли тривалість життя тільки зростала, – це був найтриваліший період після 1965 р. зростання тривалості життя, ОТЖ при народженні зросла на 4 роки у чоловіків і на 2,3 року у жінок. У 2013 р. ОТЖ для обох статей разом 71 рік – вперше після 1987 року. Проте ОТЖ чоловіків у віці 15 років все ще нижча, ніж у середині 1960-х або в кінці 1980-х років. Тривалість майбутнього життя п'ятнадцятирічних жінок перевищила максимум 1960–1988 рр. лише на 1,1 року.

Найбільший внесок у зростання тривалості життя чоловіків у 2006–2013 рр. зробили середні віки. Віки від 15 до 64 років визначили понад 70% зростання тривалості життя чоловіків, але тільки близько 50% зростання у жінок. У жінок внесок віку старше 65 років склав трохи більше 40% зростання, а у чоловіків – майже 20%. Нарешті дитячі віки до 15 років визначили 10 відсотків зростання тривалості життя чоловіків і жінок. Погляд на період 2006–2013 рр. дає наступну картину. У чоловіків основне зростання пов'язане зі зниженням смертності від зовнішніх причин: майже три роки у містах і в сільській місцевості, на другому місці – хвороби системи кровообігу: внесок більше двох років; усі інші групи причин зробили невеликий позитивний внесок. У жінок порядок причин змінюється: найбільший внесок зробило зниження смертності від серцево-судинних захворювань, потім – зовнішні причини, плюс позитивний внесок усіх інших причин.

Найбільший внесок у зростання ОТЖ у 2006–2013 рр. і у чоловіків, і у жінок зробило зниження смертності від зовнішніх причин і хвороби системи кровообігу. Однак у чоловіків внесок даних причин був практично рівнозначним: 38% – зовнішні причини і 39% – хвороби системи кровообігу. У жінок на першому місці зниження смертності від серцево-судинних захворювань (понад 60% зростання), на другому – від зовнішніх причин (майже 21% зростання).

У цілому зростання тривалості життя після 2003 р. можна охарактеризувати як відновлювальний, або поворотний, і висловити надію, що наступні роки дозволять нарешті відірватися від рівня, який вже тричі досягався протягом останніх 50 років, але який досі ніколи не вдавалося втримати. Однак події, пов'язані з відкритою агресією Росії проти нашої країни у 2014–2015 рр., яка спричинила істотне погіршення соціально-економічної, політичної

і медико-демографічної ситуації в Україні, не дають підстав для оптимізму стосовно подальшої позитивної динаміки ОТЖ у короткостроковій-середньостроковій перспективі.

Динаміка смертності як за укрупненими віковими групами, так і від головних класів причин смерті підтверджує висновок про відновлювальний характер зростання тривалості життя після 2005 року. Переважна частина зростання тривалості життя у 2006–2013 рр., особливо у чоловіків, була забезпечена зниженням смертності від тих самих причин, що зумовили падіння тривалості життя в 1990–2005 рр. Це, насамперед, хвороби системи кровообігу і зовнішні причини.

Середньорічний внесок зниження смертності від зовнішніх причин у 2006–2013 рр. у підвищення ОТЖ помітно менший, ніж у 1996–1998 рр., але не для сільських чоловіків. Деяко збільшився середньорічний внесок серцево-судинних захворювань, але не у міських жінок.

Таким чином, зниження смертності в досліджуваному періоді дозволило повернутися на досягнуті раніше рубежі і зайняти стартову позицію, відправляючись від якої можна рухатися далі, домагаючись скорочення накопичення величезного відриву від більшості розвинених країн, якби не було серйозної системної кризи в Українській державі.

Сучасна тривалість життя та її структурні характеристики в Україні мають доволі відчутні регіональні відмінності. За особливостями рівневих і структурних характеристик тривалості життя всі регіони України можна умовно поділити на три групи. Відносно сприятлива ситуація зберігається у західних областях України, у яких наявні менші відмінності між чоловіками і жінками, міським і сільським населенням. Для цього регіону характерний найвищий рівень дожиття до похилого віку.

У більшості областей півдня та сходу України ситуація щодо тривалості життя населення залишається вкрай несприятливою. Тут ОТЖ нижча, ніж загалом по Україні, відмінності цього показника за статтю найвідчутніші, а частка тих, хто доживає до старості, – найменша.

### **1.5. Шляхи подовження тривалості життя населення**

Сутність модернізації в галузі смертності та ОТЖ населення – це перенесення на більш пізній вік настання смерті від визначених причин смерті або навіть повне їх виключення. Відбувається заміна екзогенних детермінант смертності ендегенними.

Основна причина низької ОТЖ в Україні полягає в тому, що значна частина смертей відбувається передчасно і від причин, безпосередньо не пов'язаних з віком, тобто не детермінованих процесом старіння. Резерви подовження середньої тривалості життя у трудоактивний період в Україні пов'язані, передусім, зі скороченням рівня смертності населення молодого трудоактивного віку від причин екзогенної етіології – інфекційних патологій, хвороб органів травлення, захворювань органів дихання та зовнішніх причин.

Теоретично резерви подовження тривалості життя в Україні є доволі значними. Для їх реалізації необхідне, насамперед, визначення цільових груп, тобто груп підвищеного ризику, характеристики смертності яких є найбільш несприятливими і негативно позначаються на показниках життєздатності населення України в цілому, а також оцінка ролі окремих причин смерті у формуванні існуючого режиму доживання населення.

З огляду на сучасну кризову медико-демографічну ситуацію в Україні саме збереження та поліпшення здоров'я населення є одним із найважливіших пріоритетів нації.

Поліпшення здоров'я має бути кінцевою метою проведення соціально-економічних реформ. Необхідна орієнтація усіх сфер на оздоровлення умов життя, зокрема умов праці, побуту, дітородної діяльності з метою створення суспільного середовища, сприятливого для вибору та засвоєння населенням моделі поведінки, зорієнтованої на здоровий спосіб життя. Слід також визначити найбільш гострі й нагальні проблеми у даній сфері та цільові групи (групи підвищеного ризику), на які мають бути спрямовані першочергові заходи щодо профілактики та лікування захворювань. Міжнародний досвід свідчить, що головну роль у поліпшенні стану здоров'я населення та збільшенні тривалості життя відіграє орієнтація державної політики на формування уміння людей володіти своїм здоров'ям та поліпшувати його якість, на досягнення високого рівня культури самозбереження. У сучасних українських умовах обмежені державні матеріальні й фінансові ресурси слід скеровувати на вирішення таких найактуальніших проблем, що потребують першочергових заходів державної демографічної політики: реформування оплати праці з метою забезпечення гідного рівня оплати та створення умов праці, сприятливих для збереження здоров'я; формування суспільної та індивідуальної налаштованості на пріоритет здорового способу життя; скорочення втрат, пов'язаних із зловживанням алкоголем та тютюнопалінням; зниження смертності від серцево-судинних захворювань; зменшення шкоди від вживання наркотичних речовин та протидія епідемії ВІЛ/СНІДу; впровадження ефективної стратегії боротьби з епідемією туберкульозу; зменшення дорожньо-транспортного травматизму та обумовленої ним смертності; підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я населення та посилення її профілактичної спрямованості.

Важливим напрямом підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я населення є найбільш перспективна та економічно виправдана стратегія зменшення надзвичайно високої захворюваності і смертності внаслідок серцево-судинних хвороб, яка вимагає переорієнтації лікарів та хворих на пріоритет амбулаторної допомоги, удосконалення вторинної профілактики через створення системи виявлення хвороб на ранніх стадіях, впровадження сучасних профілактично-лікувальних технологій. Необхідно стимулювати виробництво в Україні ефективних та недорогих препаратів для вторинної профілактики серцево-судинних захворювань, проводити відповідну політику державного регулювання ціноутворення для збільшення доступності вказаних препаратів для широких верств населення з удосконаленням системи пільгового забезпечення ліками.

Практична реалізація зазначених заходів державної політики в галузі охорони здоров'я стає можливою через механізм виконання масштабних цільових програм, які використовують дотації бюджету, кошти підприємств, територіальних громад та благодійних фондів.

Перспективи подовження тривалості життя тісно пов'язані з бажаними зрушеннями у структурі причин смерті та наближенням повікового і нозологічного профілю вимирання до сучасного режиму смертності у розвинених європейських країнах, що означає, по-перше, скорочення смертності та послаблення внеску захворювань екзогенної етіології, насамперед серед населення молодого працездатного віку і, по-друге, витіснення серцево-судинних та онкологічних смертей у більш пізні вікові групи навіть за умови збереження існуючого рівня смертності.

Аналіз довготривалих тенденцій ОТЖ в Україні, як і її зміни за останні роки, дають можливість з певним наближенням передбачити очікувану динаміку смертності і тривалості життя на найближчі десять–п'ятнадцять років. Зрозуміло, що неможливо передбачити одну



єдину траєкторію, по якій будуть рухатися відповідні показники. Можна лише наближено окреслити ту область їх значення, всередині якої ця траєкторія пройде з достатньо високим ступенем ймовірності. Враховуючи реалії затяжної системної кризи в Україні, відсутність проведення кардинальних реформ та гібридну війну Росії проти нашої держави, можна стверджувати, що найбільш реальна траєкторія зміни тривалості життя буде відбуватися за песимістичним сценарієм.

Однак, заперечуючи вкрай несприятливу сучасну ситуацію зі смертністю в Україні, не варто все ж представляти собі українське суспільство як абсолютно безпорадне у боротьбі зі зниженням смертності. І загальний рівень благополуччя, і досягнутий культурний рівень, і розвиток системи охорони здоров'я, якої б критики вони не заслуговували, все ж ставлять певні межі катастрофічному погіршенню ситуації щодо смертності.

Ґрунтуючись на екстраполяції минулих тенденцій, які здебільшого були несприятливими протягом понад сорока років, можна передбачити подальше зростання смертності чоловіків і жінок. При такому передбаченні до 2025 р. тривалість життя чоловіків може скоротитися на 1–1,5 року, а жінок – до 0,5–1 року. Це передбачення можна розглядати як крайній песимістичний сценарій динаміки смертності населення в Україні, який, на жаль, не можна вважати неймовірним.

## 2. ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

### 2.1. Тенденції стану здоров'я населення

Стан здоров'я населення – найважливіший показник благополуччя нації, що відображає її соціально-економічне, екологічне, демографічне і санітарно-гігієнічне становище, є одним із соціальних індикаторів суспільного прогресу, потенціалом економічного зростання та безпеки держави і має займати провідне місце у системі цінностей будь-якої цивілізованої країни.

Здоров'я та якість життя окремих людей і популяції у цілому визначається складним набором взаємопов'язаних факторів. З огляду на цю складність, заходи щодо зміцнення охорони здоров'я і благополуччя населення не можуть обмежуватися тільки сектором охорони здоров'я. Розробка і здійснення державних політичних заходів, спрямованих на підвищення якості життя, вимагають активної участі і залучення інших секторів суспільства на всіх етапах цього процесу.

У доповіді ВООЗ «Здоров'я у 2015 р.: від цілей розвитку тисячоліття до цілей сталого розвитку» визначені основні чинники, що вплинули на прогрес у галузі охорони здоров'я відповідно до прийнятих Організацією Об'єднаних Націй Цілей розвитку тисячоліття (ЦТР), а також викладені дії, які країни і міжнародне співтовариство повинні зробити в першу чергу для досягнення нових цілей у галузі сталого розвитку (ЦСР), які набрали чинності з 1 січня 2016 року. Цілі сталого розвитку ООН – це 17 цілей і 169 задач, які всі держави-члени ООН (193) погодилися досягти до 2030 року. 17 ЦСР є ширшими і масштабнішими, ніж ЦТР, і являють собою завдання, що охоплюють усіх людей в усіх країнах таким чином, щоб «ніхто не залишився осторонь», безпосередньо пов'язані зі здоров'ям або впливають на політику охорони здоров'я. Новий порядок денний вимагає, щоб усі три аспекти сталого розвитку – економічний, соціальний та екологічний – були враховані комплексним чином. Майже всі ЦСР безпосередньо пов'язані зі здоров'ям або непрямо сприяють поліпшенню здоров'я. Одна з цілей (ЦСР 3) конкретно закликає «Забезпечити здоровий спосіб життя і сприяти благополуччю всіх в будь-якому віці». Її 13 завдань орієнтовані на прогрес, досягнутий у виконанні ЦТР, і відображають новий акцент на неінфекційні захворювання і забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я.

Завдання ЦСР, пов'язані зі здоров'ям, точно відображають основні пріоритети програми роботи ВООЗ на 2014–2019 рр.; багато з цих завдань вже були узгоджені державами-членами на Всесвітній асамблеї охорони здоров'я. Наприклад, глобальні добровільні завдання з профілактики неінфекційних захворювань (НІЗ) та боротьби з ними, поставлені в 2013 р., тісно пов'язані із Завданням 3.4 ЦСР зі скорочення передчасної смертності від НІЗ на одну третину до 2030 року. Керівні органи ВООЗ будуть відігравати важливу роль у контролі та виконанні ЦСР, пов'язаних зі здоров'ям.

Вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед населення є однією з важливих складових стратегічного планування медичної галузі.

Слід зазначити, що у зв'язку з тимчасовою окупацією АР Крим та м. Севастополь, а також проведенням антитерористичної операції на території Луганської та Донецької областей, дані з вищенаведених регіонів наразі або відсутні (АР Крим, м. Севастополь), або

неповні за певний проміжок часу (Луганська та Донецька область), тому не можуть бути використані для порівняння та аналізу в динаміці за останні роки.

У 2015 р. відбулося зростання рівня поширеності хвороб серед населення України по відношенню до 2014 р. (на 0,57%, 170128,0 на 100 тис. нас. у 2014 р. та 171096,7 на 100 тис. нас. у 2015 р.). Первинна захворюваність практично залишилась на рівні минулого року і становила 62651,3 на 100 тис. нас., тоді як протягом 2011–2014 рр. спостерігалась тенденція до зниження рівнів поширеності хвороб та захворюваності населення України (табл. 2.1.1).

Таблиця 2.1.1

Динаміка показників поширеності та захворюваності населення України за період 2011–2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Показник	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2015
Поширеність хвороб	187 089,0	185462,7	185 650,9	170 128,0	171 096,7
Захворюваність населення	71013,7	68558,1	68 376,9	62 654,2	62651,3

У структурі поширеності захворювань за класами хвороб серед населення України в 2015 р. перше місце посіли хвороби системи кровообігу (31,0%; 52956,9 на 100 тис. нас.), друге місце – хвороби органів дихання (19,8%; 33952,9 відповідно), третє місце – хвороби органів травлення (9,9%; 16998,1 відповідно), четверте місце – хвороби сечостатевої системи (5,5%; 9382,3 відповідно), п'яте місце – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,4%; 9301,8 відповідно) (рис. 2.1.1).

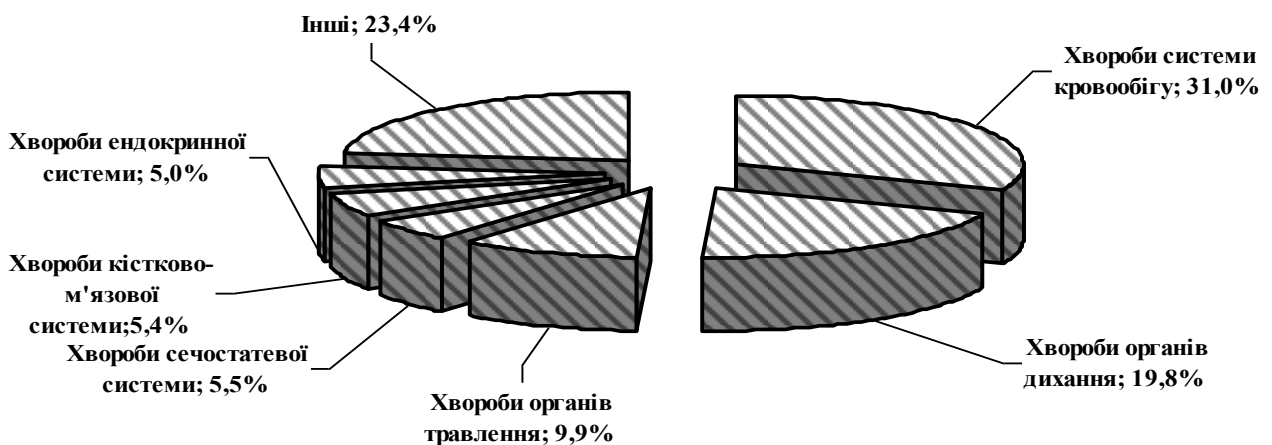


Рис. 2.1.1. Структура поширеності хвороб серед населення України за класами хвороб у 2015 р. (%)

Протягом 2011–2015 рр. у структурі поширеності хвороб відзначається зростання питомої ваги наступних класів: новоутворення (з 2,2% у 2011 р. до 2,4% у 2015 р.); ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (з 4,6% у 2011 р. до 5,0% у 2015 р.); хвороби нервової системи (з 2,6% до 2,7% відповідно); хвороби органів травлення (з 9,6% до 9,9% відповідно); хвороби сечостатевої системи (з 5,4% у 2011 р. до 5,5% у 2015 р.) (табл. 2.1.2).

Аналіз динаміки показників поширеності захворювань серед населення України показав зниження рівня поширеності хвороб, як загального (на 8,55%), так і за всіма

основними класами захворювань у 2015 р. по відношенню до 2011 р., крім класу «Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії».

Таблиця 2.1.2

**Динаміка показників та структури поширеності хвороб серед населення України за основними класами хвороб у 2011, 2014, 2015 рр. (на 100 тис. усього населення)**

Клас хвороб	2011	%	2014	%	2015	%
Усі хвороби, у т.ч.:	187089,0	100	170128,0	100	171096,7	100
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4174,3	2,2	3427,3	2,0	3 347,6	2,0
новоутворення	4159,4	2,2	3965,2	2,3	4 085,8	2,4
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1757,2	0,9	1588,6	0,9	1 578,4	0,9
ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	8541,0	4,6	8342,3	4,9	8 497,3	5,0
розлади психіки та поведінки	4649,1	2,5	3996,4	2,4	3 989,9	2,3
хвороби нервової системи	4898,5	2,6	4632,2	2,7	4 667,3	2,7
хвороби ока та його придаткового апарату	9246,3	4,9	8372,7	4,9	8 374,7	4,9
хвороби вуха та соскоподібного відростка	3502,1	1,9	3120,1	1,8	3 130,9	1,8
хвороби системи кровообігу	57967,2	31,0	52718,8	31,0	52 956,9	31,0
хвороби органів дихання	37602,0	20,1	33696,5	19,8	33 952,9	19,8
хвороби органів травлення	18025,3	9,6	16890,0	9,9	16 998,1	9,9
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4918,1	2,6	4427,6	2,6	4 452,1	2,6
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	10068,6	5,4	9201,1	5,4	9 301,8	5,4
хвороби сечостатевої системи	10074,9	5,4	9282,1	5,5	9 382,3	5,5
природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	670,0	0,4	657,5	0,4	679,2	0,4
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4985,3	2,7	4276,0	2,5	4 240,8	2,5

Проте слід зазначити, що в 2015 р. відбулося підвищення рівня поширеності хвороб порівняно з 2014 р. за більшістю класів, за винятком класів «Деякі інфекційні та паразитарні хвороби», «Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму», «Розлади психіки та поведінки». Найбільше зростання показників поширеності захворювань у 2015 р. по відношенню до 2014 р. спостерігалось за наступними класами: природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (на 3,3%, 4276,0 на 100 тис. нас. у 2014 р. та 4240,8 на 100 тис. нас. у 2015 р.); новоутворення (на 3,04%, 3965,2 та 4085,8 відповідно); ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (на 1,86%, 8342,3 та 8497,3 відповідно); хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (на 1,09%, 9201,1 та 9301,8); хвороби сечостатевої системи (на 1,08%, 9282,1 та 9382,3 відповідно) (табл. 2.1.3).

Таблиця 2.1.3

**Динаміка показників поширеності хвороб серед населення України за основними класами хвороб у 2011, 2014, 2015 рр. (на 100 тис. усього населення)**

Клас хвороб	2011	2014	2015	2015/ 2011	2015/ 2014
Усі хвороби, у т.ч.:	187089,0	170128,0	171 096,7	-8,55	0,57
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4174,3	3 427,3	3 347,6	-19,80	-2,33
новоутворення	4159,4	3 965,2	4 085,8	-1,77	3,04
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1757,2	1 588,6	1 578,4	-10,18	-0,64

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	8541,0	8 342,3	8 497,3	-0,51	1,86
розлади психіки та поведінки	4649,1	3 996,4	3 989,9	-14,18	-0,16
хвороби нервової системи	4898,5	4 632,2	4 667,3	-4,72	0,76
хвороби ока та його придаткового апарату	9246,3	8 372,7	8 374,7	-9,43	0,02
хвороби вуха та соскоподібного відростка	3502,1	3 120,1	3 130,9	-10,60	0,35
хвороби системи кровообігу	57967,2	52 718,8	52 956,9	-8,64	0,45
хвороби органів дихання	37602,0	33 696,5	33 952,9	-9,70	0,76
хвороби органів травлення	18025,3	16 890,0	16 998,1	-5,70	0,64
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4918,1	4 427,6	4 452,1	-9,48	0,55
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	10068,6	9 201,1	9 301,8	-7,62	1,09
хвороби сечостатевої системи	10074,9	9 282,1	9 382,3	-6,87	1,08
природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	670,0	657,5	679,2	1,37	3,30
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4985,3	4 276,0	4 240,8	-14,93	-0,82

Протягом 2011–2015 рр. в 11 областях країни спостерігається зростання регіонального рівня поширеності хвороб серед населення: Дніпропетровська область (на 2,32% по відношенню до 2011 р. та на 0,91% по відношенню до 2014 р.), Житомирська (на 5,57% і 2,2% відповідно), Запорізька (на 1,48% і 1,15% відповідно), Київська (на 1,62% і 2,59% відповідно), Кіровоградська (на 4,19% і 2,21% відповідно), Миколаївська (на 7,84% і 1,53% відповідно), Рівненська (на 4,43% і 2,26% відповідно), Сумська (на 5,6% і 2,47% відповідно), Тернопільська (на 1,47% і 0,68% відповідно), Хмельницька (на 2,48% і 0,54% відповідно), Чернігівська (на 3,93% і 1,82% відповідно). Зниження рівня поширеності хвороб, як по відношенню до 2011 р. так і до 2014 р., зафіксовано на семи адміністративних територіях нашої держави (Волинська, Закарпатська, Львівська, Одеська, Харківська, Черкаська області та м. Київ). У шести областях України в 2015 р. відбулося підвищення рівня поширеності захворювань порівняно з 2014 р. (Вінницька, Полтавська, Донецька, Луганська, Херсонська, Чернівецька області). Нижчий за загальноукраїнський показник поширеності захворювань спостерігається лише в шести областях країни: Закарпатська, Запорізька, Донецька, Луганська, Львівська, Сумська. Найвищі рівні поширеності хвороб серед населення в 2015 р. мають: м. Київ (233231,8 на 100 тис. нас.), Дніпропетровська (217822,9 відповідно), Київська (206674,2 відповідно), Вінницька (205917,5 відповідно), Чернігівська (204724,2 відповідно) (табл. 2.1.4).

Таблиця 2.1.4

**Динаміка регіональних показників поширеності хвороб серед населення України у 2011, 2014, 2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Область	Рік			Динаміка (%)	
	2011	2014	2015	2015/2011	2015/2014
Україна	187 089,0	170 12 8,00	171 096,7	-8,55	0,57
Вінницька	221 403,4	205 295,40	205 917,5	-6,99	0,30
Волинська	183 399,1	177 141,30	176 475,8	-3,77	-0,38
Дніпропетровська	212 892,1	215 862,20	217 822,9	2,32	0,91
Донецька	182 340,5	74 577,60	163 055,8	-10,58	118,64
Житомирська	167 815,2	173 350,20	177 168,7	5,57	2,20
Закарпатська	167 584,9	159 324,80	158 506,1	-5,42	-0,51
Запорізька	148 791,7	149 271,00	150 989,4	1,48	1,15
Івано-Франківська	191 797,5	192 505,90	191 926,7	0,07	-0,30
Київська	203 375,7	201 450,80	206 674,2	1,62	2,59
Кіровоградська	173 167,2	176 513,70	180 417,9	4,19	2,21

Луганська	157 419,3	44 113,10	138 309,5	-12,14	213,53
Львівська	173 054,4	170 201,50	170 186,6	-1,66	-0,01
Миколаївська	171 302,5	181 956,70	184 738,8	7,84	1,53
Одеська	193 061,1	188 709,30	186 483,0	-3,41	-1,18
Полтавська	184 840,4	180 193,20	182 469,9	-1,28	1,26
Рівненська	182 716,3	186 591,10	190 806,2	4,43	2,26
Сумська	158 130,9	162 957,60	166 989,6	5,60	2,47
Тернопільська	181 614,2	183 041,70	184 280,9	1,47	0,68
Харківська	204 064,4	193 870,80	193 423,9	-5,21	-0,23
Херсонська	176 613,0	171 888,40	174 576,0	-1,15	1,56
Хмельницька	184 080,2	187 634,10	188 651,2	2,48	0,54
Черкаська	205 195,2	188 344,40	184 023,9	-10,32	-2,29
Чернівецька	182 367,0	179 573,80	179 861,9	-1,37	0,16
Чернігівська	196 985,6	201 059,60	204 724,2	3,93	1,82
м. Київ	240 616,6	235 698,50	233 231,8	-3,07	-1,05

У структурі захворюваності населення України в 2015 р. переважають хвороби органів дихання (44,3%), на відміну від структури поширеності хвороб, де першість належить хворобам системи кровообігу. Друге місце в структурі захворюваності займають хвороби системи кровообігу (6,9%), третє – хвороби сечостатевої системи (6,6%), четверте – травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (6,3%), п'яте – хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,8%) (рис. 2.1.2).

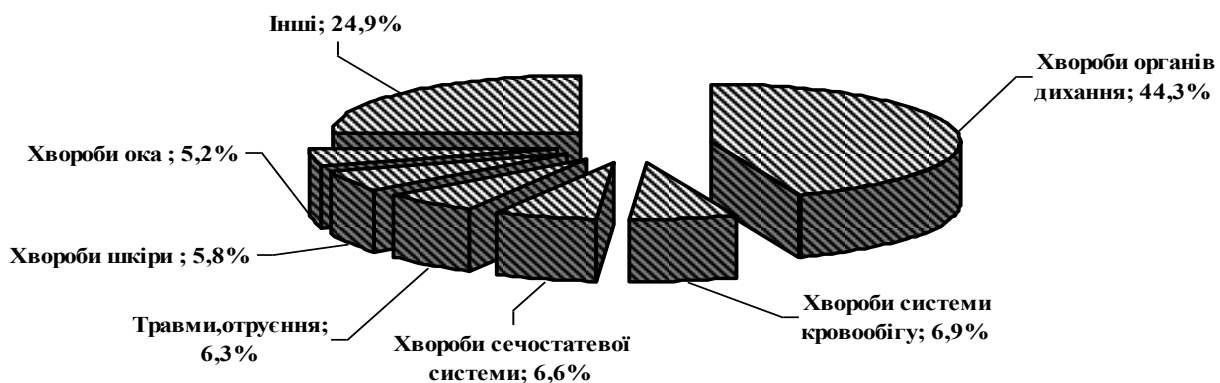


Рис. 2.1.2. Структура захворюваності населення України за класами хвороб у 2015 р. (%)

Протягом 2011–2015 рр. у структурі первинної захворюваності спостерігається збільшення частки класу новоутворень з 1,3% у 2011 р. до 1,4% у 2015 р., хвороб нервової системи – з 2,3% у 2011 р. до 2,4% у 2015 р., хвороб ока та його придаткового апарату – з 5,1% до 5,2% відповідно, хвороб органів дихання – з 43,7% до 44,3% відповідно, хвороб органів травлення – з 4,0% до 4,3% відповідно, хвороб шкіри та підшкірної клітковини – з 5,8% до 5,9% відповідно, хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини – з 4,6% до 4,7% відповідно, хвороб сечостатевої системи – з 6,5% до 6,6% відповідно (табл. 2.1.5).

Аналіз рівня захворюваності населення України показав, що в 2015 р. відбулось його зростання за 10 класами хвороб по відношенню до 2014 р. (новоутворення – на 1,29%, розлади психіки та поведінки – на 0,06%, хвороби нервової системи – на 0,57%, хвороби ока та його придаткового апарату – на 0,6%, хвороби органів дихання – на 0,53%, хвороби органів травлення – на 0,87%, хвороби шкіри та підшкірної клітковини – на 0,1%, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – на 0,18%, хвороби сечостатевої системи –

на 1,66%, природжені вади розвитку, деформації та хромосомних аномалії – на 1,53%), однак загалом рівень первинної захворюваності в 2015 р. залишається нижчим порівняно з 2011 р. за всіма основними класами хвороб. Слід зазначити, що протягом 2011–2015 рр. поступово відбувалося зниження показників первинної захворюваності за п'ятьма класами хвороб: деякі інфекційні та паразитарні хвороби (-20,49% по відношенню до 2011 р., -2,91% по відношенню до 2014 р.), хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (-11,99%, -0,38% відповідно), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (-14,45%, -1,71%), хвороби вуха та соскоподібного відростка (-11,47%, -0,06%), хвороби системи кровообігу (-16,18%, -1,58%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (-15,23%, -1,12%) (табл. 2.1.5).

Таблиця 2.1.5

**Динаміка показників та структури захворюваності населення України за основними класами хвороб у 2011, 2014, 2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Клас хвороб	2011	%	2014	%	2015	%	2015/ 2011	2015/ 2014
Усі хвороби, у т.ч.:	71013,7	100	62654,2	100	62651,3	100	-11,78	0,0
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2762,7	3,9	2262,4	3,6	2 196,5	3,5	-20,49	-2,91
новоутворення	926,7	1,3	846,0	1,4	856,9	1,4	-7,53	1,29
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	472,2	0,7	417,2	0,7	415,6	0,7	-11,99	-0,38
ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	1102,0	1,6	959,2	1,5	942,8	1,5	-14,45	-1,71
розлади психіки та поведінки	423,2	0,6	318,8	0,5	319,0	0,5	-24,62	0,06
хвороби нервової системи	1631,8	2,3	1518,1	2,4	1 526,7	2,4	-6,44	0,57
хвороби ока та його придаткового апарату	3631,2	5,1	3251,7	5,2	3 271,1	5,2	-9,92	0,60
хвороби вуха та соскоподібного відростка	2676,3	3,8	2370,8	3,8	2 369,4	3,8	-11,47	-0,06
хвороби системи кровообігу	5145,2	7,3	4381,8	7,0	4 312,6	6,9	-16,18	-1,58
хвороби органів дихання	31027,9	43,7	27594,0	44,0	27741,1	44,3	-10,59	0,53
хвороби органів травлення	2871,6	4,0	2645,4	4,2	2 668,3	4,3	-7,08	0,87
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4125,9	5,8	3659,6	5,8	3 663,2	5,8	-11,21	0,10
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3266,5	4,6	2907,6	4,6	2 912,8	4,7	-10,83	0,18
хвороби сечостатевої системи	4594,8	6,5	4093,1	6,5	4 161,2	6,6	-9,44	1,66
природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	121,5	0,2	111,4	0,2	113,1	0,2	-6,91	1,53
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4684,4	6,6	4015,8	6,4	3 970,8	6,3	-15,23	-1,12

У 2015 р. у 18 областях України показники первинної захворюваності були вищими за загальноукраїнський показник (62651,3 на 100 тис. нас.). Найвищий рівень захворюваності спостерігається у м. Київ (86556,4 на 100 тис. нас. в 2015 р.), Івано-Франківській (86093,0 відповідно) та Дніпропетровській (85206,1 відповідно) областях. Нижчий за загальноукраїнський рівень захворюваності зафіксовано у семи областях України: Донецькій (51069,9 на 100 тис. нас.), Закарпатській (60515,1 відповідно), Запорізькій (58577,9

відповідно), Луганській (42779,4 відповідно), Полтавській (54963,1 відповідно), Сумській (51629,3 відповідно), Херсонській (55021,7 відповідно) областях.

За період 2011–2015 рр. в 11 областях країни спостерігається тенденція до поступового зниження рівня захворюваності відносно 2011 р. (Вінницька, Волинська, Івано-Франківська, Львівська, Одеська, Полтавська, Харківська, Херсонська, Черкаська, Чернівецька області та м. Київ). У цей же часовий період у шести областях України спостерігається зростання показників первинної захворюваності: Дніпропетровська (на 1,15% по відношенню до 2011 р. та на 0,01% до 2014 р.), Запорізька (на 0,15% та 1,52% відповідно), Кіровоградська (на 3,41% та 3,78% відповідно), Миколаївська (на 3,56% та 0,98% відповідно), Сумська (на 0,53% та 3,39% відповідно), Чернігівська (на 0,11% та 1,92% відповідно) області. Слід зазначити, що в 2015 р. відбулося зростання рівня первинної захворюваності у 14 із 26 областей України порівняно з 2014 р. (табл. 2.1.6).

Таблиця 2.1.6

**Динаміка регіональних показників захворюваності населення України  
у 2011, 2014, 2015 рр. (на 100 тис. нас.)**

Область	Рік			Зміни (%)	
	2011	2014	2015	2015/2011	2015/2014
Україна	71013,7	62 654,2	62 651,3	-11,78	0,0
Вінницька	82266,4	71 172,4	70 482,8	-14,32	-0,97
Волинська	73804,2	70 010,2	69 585,4	-5,72	-0,61
Дніпропетровська	84240,4	85 195,3	85 206,1	1,15	0,01
Донецька	63314,5	23 685,3	51 069,9	-19,34	115,62
Житомирська	63363,5	61 579,0	63 218,0	-0,23	2,66
Закарпатська	63937,9	60 007,7	60 515,1	-5,35	0,85
Запорізька	58491,1	57 702,3	58 577,9	0,15	1,52
Івано-Франківська	87291,1	87 142,5	86 093,0	-1,37	-1,20
Київська	73942,9	70 512,9	73 094,4	-1,15	3,66
Кіровоградська	60593,4	60 377,2	62 659,6	3,41	3,78
Луганська	58786,3	14 201,9	42 779,4	-27,23	201,22
Львівська	83273,2	79 992,0	79 212,4	-4,88	-0,97
Миколаївська	62424,1	64 020,0	64 648,4	3,56	0,98
Одеська	73225,8	69 266,0	68 350,9	-6,66	-1,32
Полтавська	59190,1	55 783,3	54 963,1	-7,14	-1,47
Рівненська	75920,8	74 506,4	75 732,5	-0,25	1,65
Сумська	51356,1	49 934,2	51 629,3	0,53	3,39
Тернопільська	68664,3	66 110,0	66 846,3	-2,65	1,11
Харківська	76371,2	68 472,9	67 399,8	-11,75	-1,57
Херсонська	63302,4	55 527,9	55 021,7	-13,08	-0,91
Хмельницька	65130,2	63 584,9	64 506,5	-0,96	1,45
Черкаська	75234,6	68 581,9	65 966,5	-12,32	-3,81
Чернівецька	69769,3	63 644,8	63 102,9	-9,55	-0,85
Чернігівська	69896,3	68 655,1	69 976,1	0,11	1,92
м. Київ	95130,2	88 020,4	86 556,4	-9,01	-1,66

Певні відмінності мають показники поширеності хвороб та захворюваності населення сільської та міської місцевості України. Загальноукраїнський рівень поширеності хвороб та первинної захворюваності міського населення України вищий, ніж сільського населення, на 9,2% та на 16,6% відповідно (село: поширеність – 160961,9 на 100 тис. відповідного населення, захворюваність – 56219,5 на 100 тис. нас. у 2015 р.; місто: поширеність – 175684,9 на 100 тис. нас., захворюваність – 65563,1 на 100 тис. нас. у 2015 р.). Поширеність хвороб серед сільського населення в 2015 р. порівняно з 2014 р. зросла на 0,15%, захворюваність –



на 0,1%. Загальноукраїнський показник поширеності хвороб серед міського населення також зріс на 0,7%, при цьому показник захворюваності міського населення практично залишився на рівні 2014 р. (зниження на 0,04%). Слід зазначити, що в 2015 р. порівняно з 2014 р. у населення як сільської місцевості, так і міста, спостерігається зростання показників поширеності хвороб (в 15 областях серед сільського населення та у 13 областях серед міського населення) та первинної захворюваності (у 13 областях серед сільського населення та в 11 областях серед міського населення). До регіонів із найвищим рівнем поширеності хвороб серед сільських мешканців належать Вінницька (216906,9 на 100 тис. відповідного населення), Київська (208310,1 відповідно), Івано-Франківська (181735,1 відповідно), Тернопільська (181422,7 відповідно), Чернігівська (179184,7 відповідно) області. Найвищі показники первинної захворюваності сільського населення спостерігаються в Івано-Франківській (81134,3 на 100 тис. відповідного населення), Львівській (79671,6), Вінницькій (69266,1), Київській (67133,2) та Тернопільській (64743,4) областях. У свою чергу до адміністративних територій України з найвищими показниками поширеності хвороб серед міського населення належать м. Київ (233231,8 на 100 тис. відповідного населення), Дніпропетровська (231258,0), Чернігівська (219183,2), Рівненська (218392,3), Київська (205660,6) області. Найвищий рівень первинної захворюваності міського населення в 2015 р. зафіксовано в Івано-Франківській (92607,5 на 100 тис. відповідного населення), Дніпропетровській (92288,2), Рівненській (88880,0) областях, у м. Києві (86556,4) та у Чернівецькій (83263,4) області (табл. 2.1.7).

Таблиця 2.1.7

**Динаміка регіональних показників поширеності та захворюваності населення України за місцем мешкання (місто, село) за період 2014–2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Найменування	Село				Місто			
	Поширеність		Захворюваність		Поширеність		Захворюваність	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Україна	160 723,4	160 961,9	56 183,7	56 219,5	174 400,0	175 684,9	65 593,4	65 563,1
Вінницька	213 789,2	214 906,9	69 980,6	69 266,1	196 815,8	197 017,6	72 362,2	71 687,4
Волинська	159 122,0	159 362,3	58 600,0	59 538,1	193 931,8	192 363,0	80 642,2	78 912,7
Дніпропетровська	150 071,2	149 720,0	49 646,6	49 306,2	228 881,1	231 258,0	92 229,7	92 288,2
Донецька	73 947,2	75 560,7	20 531,8	20 148,8	74 643,4	177 773,8	24 014,3	56 271,6
Житомирська	158 875,9	160 260,9	50 183,2	49 657,6	183 666,6	189 150,3	69 701,3	72 827,5
Закарпатська	155 570,3	157 830,3	58 985,0	60 329,0	165 767,5	159 668,1	61 762,6	60 835,1
Запорізька	122 022,6	121 273,6	46 564,7	46 936,0	157 456,6	159 889,9	61 048,1	62 064,9
Івано-Франківська	183 339,0	181 735,1	82 469,3	81 134,3	204 608,3	205 315,9	93 312,2	92 607,5
Київська	203 594,9	208 310,1	64 553,1	67 133,2	200 113,7	205 660,6	74 229,7	76 787,7
Кіровоградська	157 655,6	156 895,9	49 519,7	50 635,1	187 899,3	194 521,6	66 932,4	69 869,4
Луганська	69 339,1	68 296,0	17 673,9	17 383,5	40 269,6	154 404,6	13 672,9	49 888,3
Львівська	162 311,3	164 918,0	78 234,6	79 671,6	175 367,9	173 627,6	81 142,7	78 912,5
Миколаївська	150 831,3	153 348,2	49 299,0	50 205,3	196 788,0	199 587,3	71 034,6	71 480,3
Одеська	153 644,7	153 322,3	54 659,9	54 726,0	206 399,4	203 233,1	76 634,7	75 233,0
Полтавська	140 036,9	149 389,3	38 547,9	41 390,6	205 676,4	203 320,3	66 720,8	63 517,8
Рівненська	163 433,0	166 032,2	63 966,1	63 925,3	212 329,9	218 392,3	86 221,2	88 880,0
Сумська	143 372,9	146 185,1	36 475,9	36 814,5	172 225,8	176 720,7	56 303,2	58 558,8
Тернопільська	178 520,9	181 442,7	63 138,2	64 743,4	188 803,5	187 868,9	69 897,5	69 504,7
Харківська	172 901,6	165 527,9	54 665,2	52 656,3	199 047,4	200 263,4	71 881,5	71 014,6
Херсонська	145 850,3	147 920,0	44 609,5	43 810,8	188 565,4	191 636,7	62 521,0	62 197,1
Хмельницька	165 834,4	169 848,3	48 720,8	49 852,5	205 102,0	203 529,8	75 495,4	76 102,1
Черкаська	177 001,0	167 078,5	62 875,3	57 790,8	197 163,8	197 103,2	73 018,8	72 276,9
Чернівецька	154 943,3	154 931,5	48 609,0	48 212,1	213 135,4	213 615,2	84 132,6	83 263,4

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію  
та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Чернігівська	177 734,2	179 184,7	52 691,5	53 307,1	214 478,5	219 183,2	77 838,8	79 413,0
м. Київ	0,0	0,0	0,0	0,0	235 698,5	233 231,8	88 020,4	86 556,4

Рівень поширеності хвороб серед міського населення вищий, ніж серед сільського, за наступними класами хвороб: деякі інфекційні та паразитарні хвороби, новоутворення, хвороби ока та його придаткового апарату, хвороби вуха та соскоподібного відростка, хвороби дихання, хвороби органів травлення, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, хвороби сечостатевої системи, природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, травми отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників. Серед сільських мешканців більш поширені хвороби крові, хвороби ендокринної системи, хвороби нервової системи, розлади психіки та поведінки, хвороби системи кровообігу. У 2015 р. порівняно з 2014 р. у міських мешканців зріс показник поширеності новоутворень на 3,7% (4440,8 на 100 тис. нас.), хвороб ендокринної системи – на 1,7% (8260,9), хвороб нервової системи – на 1,3% (4636,4), хвороб системи кровообігу – на 1,03% (52202,5), хвороб органів дихання – на 0,3% (34931,2), хвороб органів травлення – на 0,7% (17881,1), хвороб шкіри та підшкірної клітковини – на 0,7% (4825,6), хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини – на 1,9% (9601,0), хвороб сечостатевої системи – на 1,6% (10358,3), природжених вад розвитку – на 2,9% (706,9). У сільських жителів у 2015 р. відносно 2014 р. відмічено зростання рівнів поширеності новоутворень на 0,9%, ендокринних хвороб – на 2,2%, розладів психіки та поведінки – на 0,3%, хвороб ока та його придаткового апарату – на 1,6%, хвороб дихання – на 1,7%, хвороб органів травлення – на 0,4%, природжених вад розвитку – на 4,3%. Рівні захворюваності сільського населення на хвороби крові, хвороби ендокринної системи, хвороби нервової системи, хвороби системи кровообігу, хвороби травлення вищі, ніж у міських мешканців. За рештою основних класів хвороб показники захворюваності вищі у міських мешканців. Порівняно з 2014 р. у 2015 р. зросла захворюваність сільських мешканців на хвороби ока та його придаткового апарату, хвороби вуха та соскоподібного відростка, хвороби органів дихання, природжені вади розвитку; серед міських жителів країни зросла захворюваність на новоутворення, розлади психіки та поведінки, хвороби нервової системи, хвороби ока та його придаткового апарату, хвороби органів дихання, шкіри, кістково-м'язової системи, сечостатевої системи (табл. 2.1.8).

Таблиця 2.1.8

**Рівень поширеності та захворюваності населення України з урахуванням місця мешкання (місто, село)  
за основними класами хвороб у 2014-2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Клас хвороб	Село				Місто			
	Поширеність		Захворюваність		Поширеність		Захворюваність	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2510,3	2 438,5	1 527,7	1 470,4	3 843,8	3 759,2	2 596,1	2 525,2
Новоутворення	3 270,7	3 301,6	634,8	621,5	4 280,7	4 440,8	941,9	963,4
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1 898,0	1 872,1	579,4	575,0	1 448,1	1 445,5	343,5	343,4
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин	8 821,2	9 019,6	1 062,4	1 042,2	8 124,8	8 260,9	912,2	897,7

Розлади психіки та поведінки	4 345,3	4 358,3	314,6	306,7	3 837,9	3 823,1	320,7	324,5
Хвороби нервової системи	4 731,5	4 735,4	1 581,6	1 567,4	4 587,2	4 636,4	1 489,3	1 508,2
Хвороби ока та його придаткового апарату	6 540,2	6 644,5	2 817,5	2 828,7	9 205,0	9 158,0	3 448,9	3 471,3
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	2 388,9	2 406,2	1 789,8	1 806,0	3 452,3	3 459,0	2 634,7	2 624,4
Хвороби системи кровообігу	55033,6	54623,5	4465,3	4 351,4	51667,3	52202,5	4 344,0	4 295,1
Хвороби органів дихання	31246,3	31792,1	25525,8	26029,5	34809,5	34931,2	28533,4	28516,0
Хвороби органів травлення	14974,6	15032,2	2 753,0	2 739,0	17760,1	17888,1	2 596,5	2 636,3
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3 631,7	3 627,0	2 967,3	2 944,7	4 789,1	4 825,6	3 974,1	3 988,5
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	8 716,3	8 640,8	2 538,5	2 490,1	9 421,3	9 601,0	3 075,2	3 104,2
Хвороби сечостатевої системи	7 269,5	7 226,6	3 143,5	3 109,8	10196,3	10358,3	4 524,5	4 637,2
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	592,6	618,0	81,9	82,2	687,0	706,9	124,8	127,1
Симптоми, ознаки, відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	118,7	118,8	101,5	100,2	77,1	77,0	65,2	64,5
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	3 424,9	3 379,4	3 241,3	3 182,2	4 662,7	4 630,7	4 367,5	4 327,8

Структура поширеності хвороб серед міського та сільського населення України має однаковий розподіл перших трьох рейтингових місць та п'ятого місця: перше місце посідають хвороби системи кровообігу, друге місце належить хворобам органів дихання, третє – хворобам органів травлення, п'яте – хворобам кістково-м'язової системи. Слід зауважити, що питома вага хвороб системи кровообігу в структурі поширеності хвороб сільського населення (33,9%) вища, ніж у структурі поширеності хвороб серед міського населення (29,7%). Частка хвороб органів дихання в структурах поширеності хвороб як у жителів села, так і жителів міста приблизно однакова (19,8% та 19,9% відповідно). Хвороби органів травлення мають більшу питому вагу в структурі поширеності захворювань серед міських мешканців, яка становить 10,2%, а у сільських мешканців вона дорівнює 9,3%. Четверте місце в структурах поширеності хвороб у жителів міста та села займають різні класи хвороб. Так, у сільських мешканців на четвертому місці за поширенням хвороб знаходяться хвороби ендокринної системи (5,6%), у міських мешканців це місце займають хвороби сечостатевої системи (5,9%) (рис. 2.1.3 та 2.1.4).

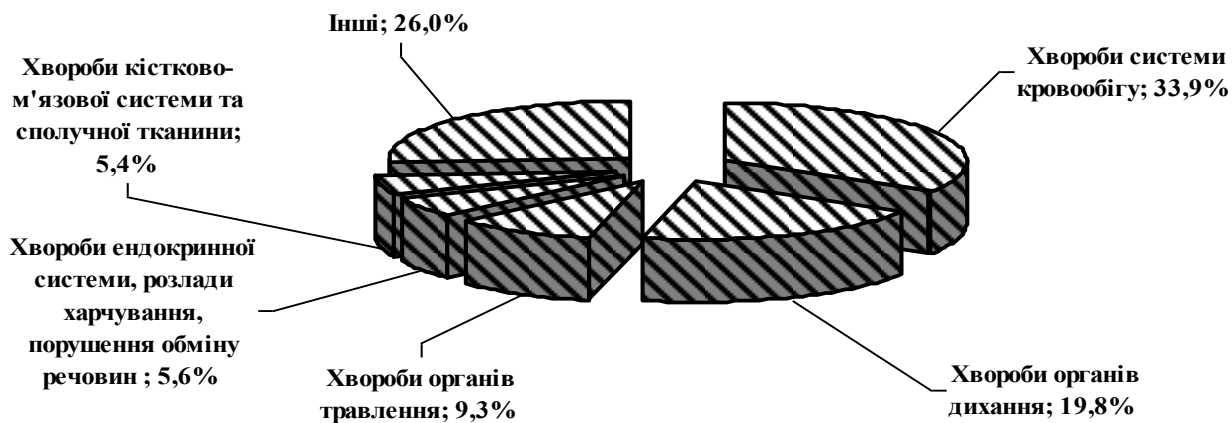


Рис. 2.1.3. Структура поширеності хвороб серед сільського населення України за класами хвороб у 2015 р. (%)

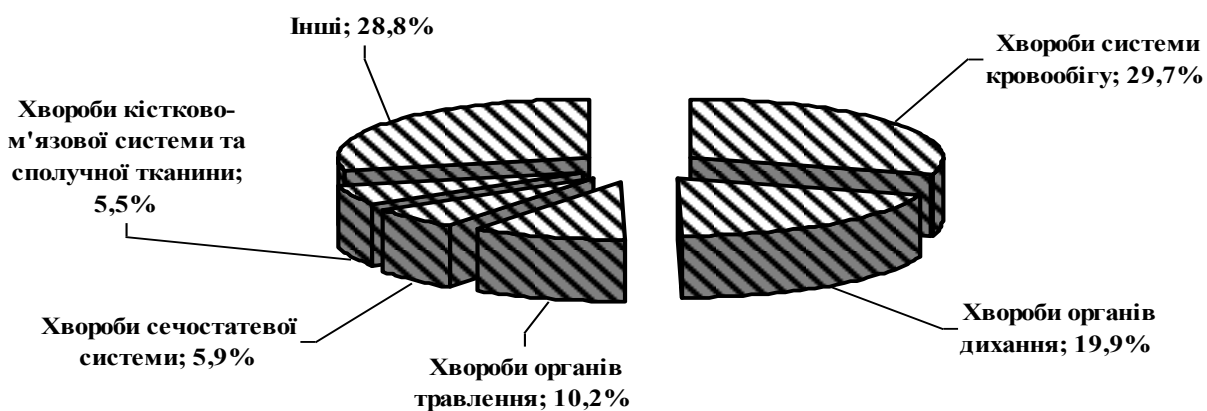


Рис. 2.1.4. Структура поширеності хвороб серед міського населення України за класами хвороб у 2015 р. (%)

Структури захворюваності населення міста та села мають суттєві відмінності за розподілом рейтингових місць. Так, перше місце в обох структурах захворюваності займають хвороби органів дихання, а п'яте – хвороби шкіри та підшкірної клітковини. Друге місце в структурі захворюваності сільського населення – хвороби системи кровообігу, третє місце – травми та отруєння, четверте місце – хвороби сечостатевої системи. У структурі захворюваності міського населення друге місце належить хворобам сечостатевої системи, третє – хворобам системи кровообігу і четверте місце – травмам та отруєнням (рис. 2.1.5 та 2.1.6).

Рівень поширеності хвороб в Україні має відмінності залежно від статі: поширеність захворювань серед жіночого населення країни (188628,9 на 100 тис. відповідного населення) у 2015 р. вища за чоловічу (150743,4 на 100 тис. відповідного населення) на 25,1%. Рівень первинної захворюваності у жінок (65889,5 на 100 тис. відповідного населення) вищий, ніж у чоловіків (58892,1 на 100 тис. відповідного населення), на 11,9%. Слід зазначити, що тенденції переважання рівнів поширеності хвороб та первинної захворюваності жінок над аналогічними показниками у чоловіків притаманні абсолютно всім областям нашої країни. Найвищі показники поширеності захворювань і серед чоловіків, і серед жінок спостерігаються у м. Київ, Дніпропетровській, Київській, Вінницькій, Чернігівській областях. Рівень первинної захворюваності чоловічого та жіночого населення країни

найвищий у м. Київ, Дніпропетровській, Івано-Франківській, Львівській та Рівненській областях (табл. 2.1.9).

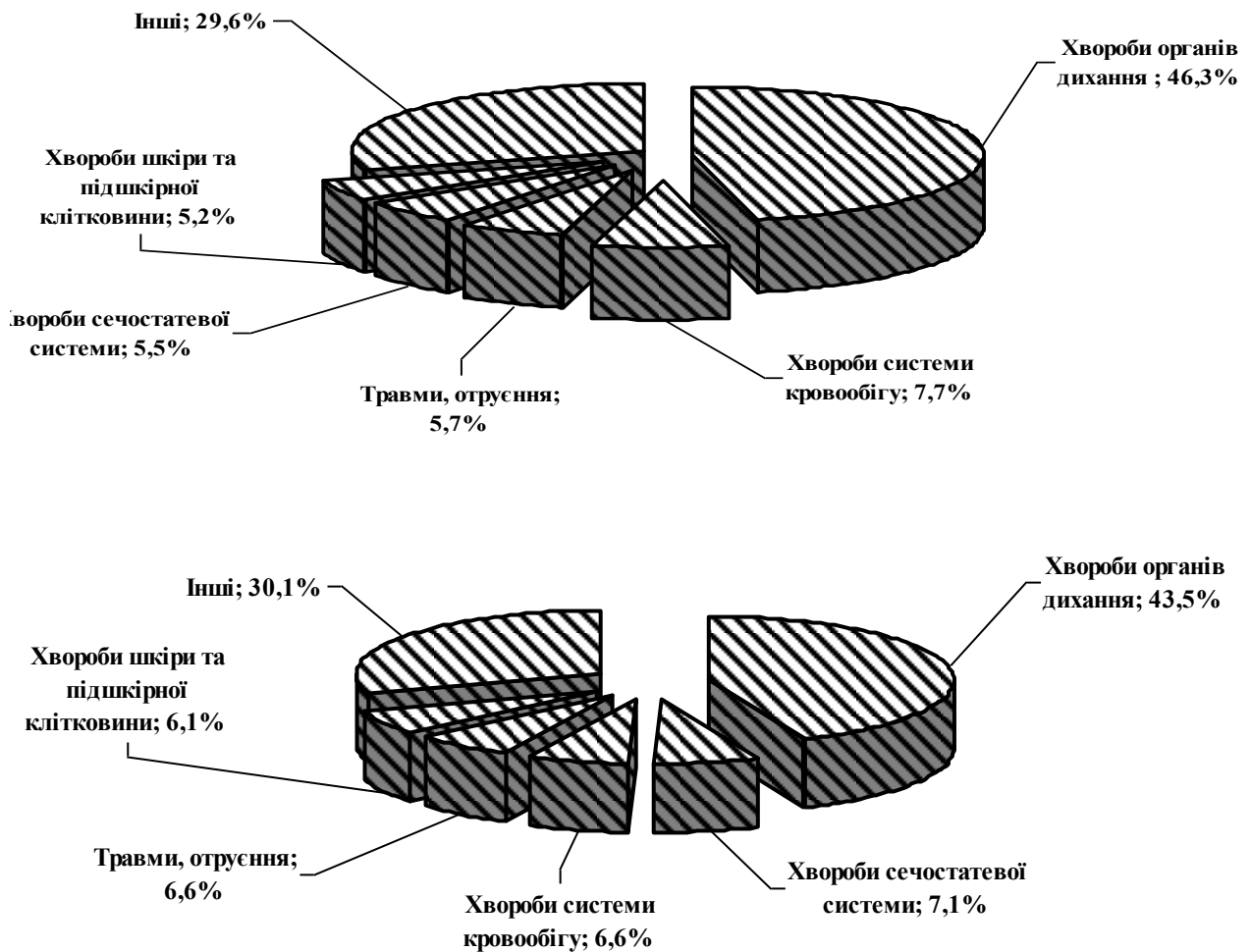


Рис. 2.1.6. Структура захворюваності міського населення України за класами хвороб у 2015 р. (%)

Таблиця 2.1.9  
Рівень поширеності та захворюваності населення України за регіонами та статтю (чоловіки, жінки) у віці 0–100 років і старше в 2015 р. (на 100 тис. відповідного населення)

Область	Чоловіки		Жінки	
	Поширеність	Захворюваність	Поширеність	Захворюваність
Україна	150 743,4	58 892,1	188 628,9	65 889,5
Вінницька	175 929,5	65 153,0	231 591,3	75 045,9
Волинська	154 742,0	65 123,4	195 855,9	73 564,1
Дніпропетровська	189 952,4	78 084,4	241 287,8	91 202,0
Донецька	139 975,4	48 959,8	182 590,6	52 855,9
Житомирська	154 424,3	59 481,7	196 870,3	66 454,5
Закарпатська	147 339,7	57 782,4	168 811,7	63 037,2
Запорізька	136 960,2	56 988,1	162 774,6	59 913,5
Івано-Франківська	169 989,3	78 280,7	211 579,5	93 091,8
Київська	186 065,3	71 310,9	224 403,7	74 628,7
Кіровоградська	169 179,4	62 799,2	189 971,2	62 540,9
Луганська	126 593,0	42 343,0	148 329,0	43 152,5
Львівська	152 300,8	74 441,7	186 280,4	83 505,1
Миколаївська	159 780,5	58 142,7	206 214,0	70 246,1
Одеська	158 809,1	63 137,3	211 002,2	72 970,1
Полтавська	164 614,4	53 470,0	197 674,2	56 234,6
Рівненська	174 389,7	73 255,9	205 624,5	77 968,0

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Сумська	145 248,7	49 587,9	185 316,7	53 350,2
Тернопільська	172 194,2	65 198,3	194 852,0	68 287,5
Харківська	164 082,8	60 116,4	218 685,1	73 670,4
Херсонська	155 521,8	50 879,9	191 027,6	58 597,8
Хмельницька	168 608,6	62 740,5	205 970,3	66 032,5
Черкаська	162 561,2	62 827,5	202 133,3	68 615,0
Чернівецька	163 915,3	57 750,7	193 999,9	67 848,0
Чернігівська	184 642,5	68 547,4	221 403,3	71 162,7
м. Київ	193 587,8	78 167,6	267 266,7	93 758,3

У 2015 р. рівень поширеності хвороб серед чоловічого населення країни був вищим, ніж серед жіночого, за наступними класами хвороб: розлади психіки та поведінки – на 105,5%, хвороби органів дихання – на 0,15%, природжені вади розвитку – на 27,3%, травми та отруєння – на 67,9%. Практично на однаковому рівні у представників обох статей знаходяться показники поширеності хвороб вуха та соскоподібного відростка та хвороб шкіри та підшкірної клітковини. Усі інші показники поширеності захворювань за рештою класів хвороб вищі серед жіночого населення країни. У структурі поширеності хвороб і у чоловіків, і у жінок перше рейтингове місце належить хворобам системи кровообігу, друге місце – хворобам органів дихання и третє – хворобам органів травлення. Рівень первинної захворюваності чоловіків вищий за такий у жінок за тими самими класами хвороб, що і поширеність. У структурі первинної захворюваності чоловіків перше місце займають хвороби дихання, друге місце належить травмам, отруєнням та деяким іншим наслідкам дії зовнішніх причин, третє – хворобам системи кровообігу. У структурі первинної захворюваності жінок перше и третє місця, як і у чоловіків, належать хворобам дихання та хворобам системи кровообігу відповідно, але друге місце займають хвороби сечостатевої системи (табл. 2.1.10).

Таблиця 2.1.10

**Рівень поширеності та захворюваності населення України за статтю (чоловіки, жінки у віці 0–100 років і старше) та основними класами хвороб у 2015 р. (на 100 тис. відповідного населення)**

Клас хвороб	Поширеність		Захворюваність	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	3 231,3	3 447,9	1 990,9	2 373,6
Новоутворення	2 846,8	5 153,1	664,3	1 022,8
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1 106,4	1 985,0	339,1	481,5
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин	5 204,6	11 333,6	662,7	1 184,0
Розлади психіки та поведінки	5 509,2	2 681,2	410,2	240,4
Хвороби нервової системи	4 228,6	5 045,2	1 415,9	1 622,1
Хвороби ока та його придаткового апарату	7 636,7	9 010,4	3 061,2	3 451,9
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	3 113,5	3 145,9	2 349,3	2 386,7
Хвороби системи кровообігу	44 713,4	60 057,9	3 927,5	4 644,4

Хвороби органів дихання	33 996,0	33 915,9	28 026,5	27 495,3
Хвороби органів травлення	15 419,2	18 358,1	2 594,2	2 732,1
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4 453,6	4 450,8	3 634,3	3 688,2
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	8 257,7	10 201,1	2 827,8	2 986,1
Хвороби сечостатевої системи	4 621,7	13 483,2	1 590,8	6 375,3
Природжені вади розвитку, деформації і хромосомні аномалії	749,6	618,5	128,3	100,0
Симптоми, ознаки, відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	88,5	91,4	74,2	76,8
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	5 417,6	3 227,1	5 045,8	3 044,8

Таким чином, у 2015 р. рівень поширеності хвороб серед населення України має тенденцію до зростання порівняно з 2014 р., рівень первинної захворюваність залишився практично на тому ж рівні, що і в 2014 р. Простежується чітка диференціація вищезазначених показників залежно від місця мешкання (місто, село), статі та регіону в цілому.

## 2.2. Динаміка стану здоров'я дитячого населення

Відомо, що здоров'я нації визначається рівнем здоров'я дітей. Рівень розвитку підростаючого покоління, його фізичний та розумовий потенціал, є передумовою виходу держави із соціально-економічної кризи.

На жаль, медицина досі не має чіткого визначення та критеріїв здоров'я дітей. За визначенням ВООЗ, здоров'я – це не лише відсутність хвороб та фізичних дефектів, але й стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя. Таке визначення, на думку деяких авторів, потребує доповнень та пояснень. Ю.С. Вельтищев формулює це поняття як відповідний віку фізичний та інтелектуальний стан у процесі реалізації генетичної програми розвитку в конкретних умовах соціального та екологічного середовища, харчування та виховання. Показники стану здоров'я жінок та дітей, як і показники смертності, розглядаються як найважливіші показники соціального благополуччя населення. У зв'язку із соціально-економічними негараздами останніх років динаміка здоров'я дитячого населення нашої країни набула негативної тенденції. Росте кількість дітей із хронічною патологією, зростає дитяча інвалідність. Таку ситуацію дослідники пов'язують не лише з економічною нестабільністю, але й з погіршенням екологічних умов життя, розповсюдженням шкідливих звичок серед дітей, нехтуванням основними правилами здорового способу життя тощо. Вчені попереджають, що ці фактори позначаються не лише на стані здоров'я, але й на тривалості життя і смертності майбутніх поколінь. Тому не менше занепокоєння, ніж малюкові проблеми, викликає стан здоров'я дітей дошкільного віку. За даними численних дослідників, натепер до 50% дітей віком до 6 років мають донозологічні морфофункціональні відхилення,

росте кількість дітей із низьким вмістом гемоглобіну у крові без суттєвого зниження кількості еритроцитів.

Загальноновизнано, що інвестування в здоров'я дітей – необхідна умова для забезпечення людського та економічного розвитку. Адже здорові діти мають кращі шанси прожити здорове продуктивне життя. При цьому діти мають право на захист і збереження здоров'я як громадяни, що живуть у сьогоденному світі, а не тільки як «внесок» у суспільство майбутнього.

### 2.2.1. Захворюваність дитячого населення

У період політичних та економічних змін, тривалих воєнних дій в Україні виникла низка і медико-екологічних проблем, які становлять загрозу для здоров'я різних груп населення, насамперед дітей, стан здоров'я яких є тонким індикатором негативних змін. Особливого значення стан здоров'я дітей набуває в період «звуженого» характеру відтворення населення, коли кожне покоління народжених за чисельністю менше покоління своїх батьків і не може поповнити втрати населення внаслідок смерті.

На тлі зменшення чисельності дитячого населення (8003281 дітей 0–17 років у 2011 р. і 718512 у 2015 р.) рівні захворюваності і поширеності хвороб залишаються високими – поширеність хвороб становила 1980,54 у 2011 р. і 1742,3 у 2015 р. на 1000 дітей відповідного віку, а захворюваність – 1440,09 та 1274,76 відповідно (рис. 2.2.1).

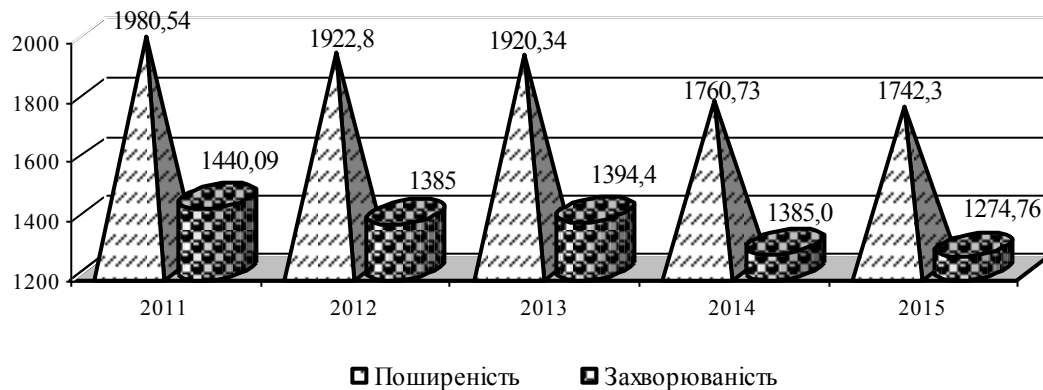


Рис. 2.2.1. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дітей 0–17 років включно в Україні у 2011–2015 рр. (на 1000 відповідного населення)

Якщо до 2010 р. і захворюваність, і поширеність хвороб зростали, то починаючи з 2011 р. намітилася тенденція до їх зниження. Проведений нами аналіз динаміки захворюваності і поширеності хвороб за основними класами хвороб (табл. 2.2.1) засвідчив, що зменшення як захворюваності, так і поширеності хвороб у дітей 0–17 років відбулося за всіма класами, за винятком новоутворень. Більш інтенсивні темпи зниження поширеності хвороб характерні для деяких інфекційних та паразитарних хвороб та розладів психіки та поведінки (на 21,5% і 20,5% відповідно), а зниження захворюваності – для ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин та хвороб системи кровообігу (на 25,5% та 24,1% відповідно).



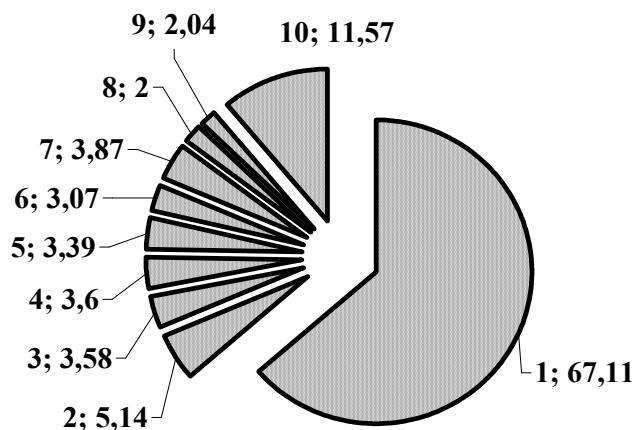
Динаміка захворюваності та поширеності хвороб у дітей 0–17 років в Україні у 2011–2015 рр. (на 1000 відповідного населення)

Клас хвороб		Рік					2015/2011 (%)
		2011	2012	2013	2014	2015	
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	п	67,98	65,26	65,48	55,18	53,36	78,49
	з	59,17	56,14	56,52	47,47	45,58	77,03
Новоутворення	п	8,73	9,08	9,21	8,84	9,02	103,32
	з	3,43	3,62	3,66	3,43	3,44	100,29
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	п	42,50	41,13	39,56	36,83	36,31	85,44
	з	15,80	15,01	14,36	13,46	13,34	84,43
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	п	90,47	87,24	83,42	76,55	73,11	80,81
	з	20,52	19,45	18,07	16,37	15,70	76,51
Розлади психіки та поведінки	п	33,31	33,42	31,38	26,92	26,48	79,50
	з	5,70	5,34	5,26	4,28	4,28	75,09
Хвороби нервової системи	п	62,98	61,64	59,94	54,58	53,53	85,00
	з	22,40	21,28	20,29	19,03	18,45	82,37
Хвороби ока та його придаткового апарату	п	105,75	105,3	104,35	95,47	94,58	89,44
	з	48,40	47,57	47,51	43,46	43,18	88,48
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	п	47,52	46,86	47,13	43,56	43,10	90,70
	з	43,24	42,62	42,89	39,65	39,18	90,61
Хвороби системи кровообігу	п	38,49	38,49	38,78	34,67	34,44	89,48
	з	11,12	10,41	9,90	8,74	8,44	75,90
Хвороби органів дихання	п	1014,7	969,85	984,71	918,83	915,65	90,24
	з	950,65	905,25	920,93	858,94	855,49	89,99
Хвороби органів травлення	п	141,21	138,70	133,63	120,13	117,07	82,90
	з	51,11	50,22	49,47	46,99	45,89	89,79
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	п	85,76	86,51	86,22	79,00	77,19	90,01
	з	73,74	74,31	74,00	67,46	65,47	88,78
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	п	86,08	84,60	84,57	73,31	71,57	83,14
	з	31,07	30,17	30,74	26,57	26,04	83,81
Хвороби сечостатевої системи	п	55,75	54,15	53,13	47,79	47,28	84,81
	з	29,65	28,75	28,27	25,38	25,46	85,87
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	п	28,70	29,24	30,10	27,64	28,37	98,85
	з	6,26	6,16	6,24	5,70	5,75	91,85
Симптоми, ознаки, відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	п	2,79	2,66	2,58	2,50	2,50	89,61
	з	2,15	2,02	1,98	1,98	1,97	91,63
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	п	57,77	59,11	57,05	50,73	50,96	88,21
	з	55,84	57,27	55,29	49,06	49,36	88,40

У структурі захворюваності дітей 0–17 років у 2015 р., як і в попередні роки, переважали хвороби органів дихання (67,11%), шкіри та підшкірної клітковини (5,14%), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (3,58%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (3,87%), хвороби органів травлення (3,6%), ока та його придаткового апарату (3,39%) (рис. 2.2.2).

Враховуючи безумовний вплив на показники, що вивчаються, факторів оточуючого середовища та регіональних особливостей мешкання дитини, інтерес становить розподіл захворюваності та поширеності хвороб за регіонами України. Як і в попередні роки, у 2015 р. відмічається поляризація захворюваності дітей від 980,31 на 1000 дітей відповідного віку у Закарпатській області до 1645,28 у м. Києві та 1661,9 у Київській області. Регіональні відмінності у показниках поширеності хвороб становили 1,6 разу і коливалися від 1360,74 у

Закарпатській до 2473,71 у м. Києві, 2410,53 у Київській, 2161,76 у Чернігівській областях (рис. 2.2.3).



- |   |   |
|---|---|
| 1. Хвороби органів дихання                  | 7. Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників |
| 2. Хвороби шкіри та підшкірної клітковини   | 8. Хвороби сечостатевої системи                                   |
| 3. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби  | 9. Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини         |
| 4. Хвороби органів травлення                | 10. Інші  |
| 5. Хвороби ока та його придаткового апарату |   |
| 6. Хвороби вуха та соскоподібного відростка |   |

Рис. 2.2.2. Структура захворюваності у дітей 0–17 років в Україні у 2015 р. (%)

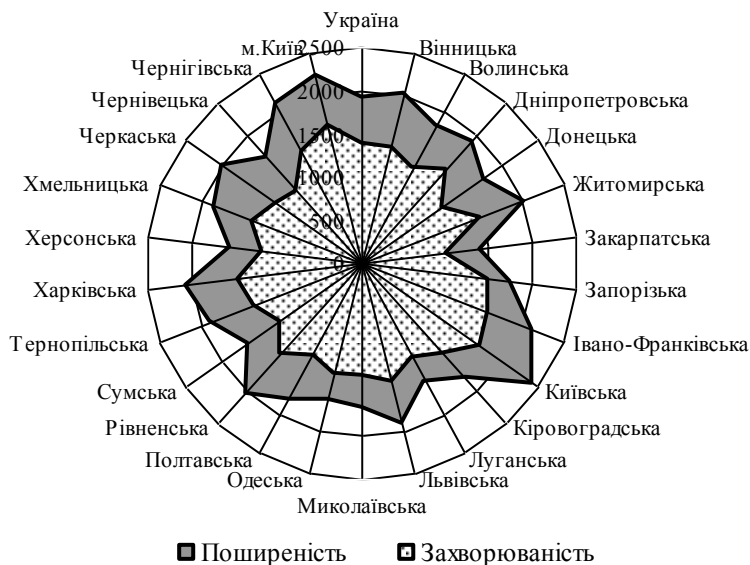


Рис. 2.2.3. Рівні захворюваності та поширеності хвороб серед дитячого населення на окремих територіях України у 2015 р. (на 1000 дітей 0–17 років)

Враховуючи два вищенаведені показники, до проблемних за станом здоров'я дитячого населення адміністративних територій можна віднести м. Київ та Київську область, у яких у 2015 р. рівні захворюваності і поширеності хвороб були найвищими в Україні. У цілому у 2015 р. рівні захворюваності серед дитячого населення перевищували відповідні загальнодержавні показники у 16 регіонах України, а поширеності хвороб – у 17.

Виявлено, що накопичення хронічної патології (тобто різниця між усіма зареєстрованими захворюваннями та вперше в житті встановленими) в цілому в Україні у 2015 р. становила 467,5 при поляризації цього показника на окремих територіях України від

736,2 у Київській, 627,6 у Харківській, 655,5 у Чернігівській, 612,1 у Рівненській, областях до 291442,53 у Запорізькій області.

Така ситуація захворюваності та поширеності хвороб та її відмінності у розрізі регіонів свідчать про те, що зростання захворюваності пов'язане із соціальними, екологічними та економічними чинниками, які є стрижневими у політичному і громадському розвитку країни, і про необхідність пильної уваги до вирішення проблем, як на рівні держави, так і на рівні сфери охорони здоров'я.

Упродовж усіх п'яти років рівень захворюваності та поширеності хвороб в окремих вікових групах мав свої особливості. Так, загалом в Україні рівень захворюваності дітей віком до шести років перевищував захворюваність дітей першого року життя (1377,24 та 1249,18 на 1000 дітей відповідного віку у 2015 р.) з подальшим зменшенням у віці 7–14 і у 15–17 років (1198,33 та 1188,6 на 1000 та 10000 відповідно), а поширеність хвороб зростала з віком (1589,9 у дітей 0–6 років, 1776,78 у дітей 7–14 років та 2083,2 у підлітковому віці) (табл. 2.2.2).

Таблиця 2.2.2

**Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дітей різних вікових груп в Україні у 2010–2014 рр. (на 1000 відповідного населення)**

Вік		2011	2012	2013	2014	2015
До 1 року	з	1560,6	1479,5	1450,71	1454,45	1429,18
0–6 років	п	1875,7	1803,3	1780,24	1624,47	1589,9
	з	1631,8	1565,7	1545,44	1410,88	1377,24
7–14 років	п	2023,3	1963,1	1969,05	1801,42	1776,78
	з	1348,9	1284,1	1305,81	1206,39	1198,33
15–17 років	п	2116,9	2109,6	2159,60	2022,28	2083,2
	з	1218,9	1188,2	1220,13	1151,06	1188,6

Дані щодо зростання з віком поширеності хвороб за рахунок накопичення хронічних захворювань підтверджуються повіковою динамікою частоти захворювань з діагнозом, встановленим вперше у житті, від усіх зареєстрованих захворювань у 2015 р. – 87,0% серед дітей 0–6 років включно, 67,3% серед дітей 7–14 років включно та 57,06% серед дітей підліткового віку.

У зв'язку з неоднозначною ситуацією щодо динаміки захворюваності та поширеності хвороб залежно від віку дітей нами здійснено порівняльну характеристику поширеності захворювань за віковими категоріями дітей та основними класами хвороб за 2015 рік.

Таблиця 2.2.3

**Порівняльна характеристика поширеності хвороб у 2015 р. за основними класами хвороб та віковими категоріями дітей (на 1000 дітей)**

Клас хвороб	Вік		
	0–6 років	7–14 років	15–17 років
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	61,73	48,52	42,5
Новоутворення	8,12	7,76	14,95
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	53,56	23,84	21,32
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	23,36	96,97	150,05
Хвороби нервової системи	31,2	53,86	116,16
Розлади психіки та поведінки	14,83	38,81	35,08

Хвороби ока та його придаткового апарату	50,97	114,6	164,83
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	48,08	40,18	42,47
Хвороби системи кровообігу	12,32	41,73	77,74
Хвороби органів дихання	1011,64	924,58	869,45
Хвороби органів травлення	60,00	150,08	190,68
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	78,48	69,19	95,04
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	22,72	89,65	161,79
Хвороби сечостатевої системи	33,91	43,0	102,91
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	32,03	25,77	24,91
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	32,59	63,3	69,84

Як видно з табл. 2.2.3, з віком зменшується лише поширеність хвороб органів дихання (1011,64 у дітей віком 0–6 років, 924,58 у дітей 7–14 років та 869,45 у дітей 15–17 років на 1 000 відповідного населення), деяких інфекційних та паразитарних хвороб (61,73; 48,52 і 42,5 відповідно), хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму (53,56, 23,84, і 21,32 відповідно), хвороб вуха та соскоподібного відростка (48,08; 40,18; 42,47 відповідно) при збільшенні поширеності інших класів хвороб. При цьому у дітей віком 7–14 років у 1,3–2,5 разу, а у дітей віком 15–17 років – у 3,0–3,7 разу реєструються вищі, ніж у дітей віком 0–6 років, показники поширеності хвороб сечостатевої, нервової систем, хвороб органів травлення, ока та його придаткового апарату. Найбільш інтенсивними темпами у дітей віком 7–14 та 15–17 років зростають хвороби ендокринної системи (у 3,7 та 4,9 разу) та хвороби кістково-м'язової системи (у 3,5 та 5,5 разу).

Менш суттєві відмінності виявлені при аналізі повікової структури поширеності хвороб. Як видно з табл. 2.2.4, у структурі поширеності хвороб серед дітей віком 0–6 років провідні рангові місця займають хвороби органів дихання (63,63% – перше рангове місце), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (4,94% – друге рангове місце), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (3,88% – третє рангове місце), хвороби ока та його придаткового апарату (5,43% – третє рангове місце), хвороби органів травлення (3,77% – четверте рангове місце), хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (3,37% п'яте рангове місце). Останні місця у структурі поширеності хвороб серед дітей віком 0–6 років посідають симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках (0,18%), новоутворення (0,51%), розлади психіки та поведінки (0,92%).

Таблиця 2.2.4

**Структура поширеності хвороб серед дітей віком 0–17 років в Україні за віковими категоріями у 2015 р.**

Клас хвороб	Вік		
	0–6 років включно	7–14 років включно	15–17 років включно
Усього, у т.ч.:	100,00	100,00	100,00
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	3,88	2,73	2,00
новоутворення	0,51	0,44	0,7
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	3,37	1,33	1,0
ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	1,47	5,46	7,2
розлади психіки та поведінки	0,92	2,02	1,7
хвороби нервової системи	1,98	3,03	5,60
хвороби ока та його придаткового апарату	3,21	6,45	7,9
хвороби вуха та соскоподібного відростка	2,8	2,26	2,0

хвороби системи кровообігу	0,78	2,35	3,7
хвороби органів дихання	63,63	48,93	36,8
хвороби органів травлення	3,77	9,45	9,2
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4,94	3,89	4,6
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	1,43	5,05	7,8
хвороби сечостатевої системи	1,96	2,47	4,9
окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	1,04	x	x
природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	2,01	1,45	1,2
симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	0,18	0,13	0,1
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	2,05	3,57	3,4

Водночас у структурі поширеності хвороб дітей 7–14 років друге рангове місце посідають хвороби органів травлення (9,45%), третє – хвороби ока та його придаткового апарату (6,45%), четверте – ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (5,46%) і п'яте – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,05%). У структурі поширеності хвороб дітей підліткового віку на першому місці зберігаються хвороби органів дихання (36,6%), на другому – хвороби органів травлення (9,2%), на третьому – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (7,8%), на четвертому – ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (7,2%) і на п'ятому – хвороби нервової системи (5,6%). Такі відмінності повікової структури поширеності хвороб можуть бути зумовлені як анатомо-фізіологічними особливостями різних вікових груп дітей, так і співвідносною дією на стан їхнього здоров'я різних факторів (біологічних, екологічних, умов перебування у дошкільних і шкільних закладах тощо).

Найбільш критичним віковим періодом, який характеризується особливостями морфологічних, функціональних і біологічних змін, що виникають під час адаптації дитини до умов позаутробного життя, є період новонародженості. Наразі вже при народженні майже у кожній сьомій дитини відмічаються відхилення у стані здоров'я. Впровадження у діяльність служби охорони здоров'я матері і дитини сучасних перинатальних технологій, що ґрунтуються на доказах, зокрема регіоналізації перинатальної допомоги, родопомочі, орієнтованої на участь сім'ї, демедикалізації пологів, ведення партограми, первинної реанімації та теплового захисту новонароджених, виключно грудного вигодовування тощо, зумовило позитивну динаміку здоров'я новонароджених.

Після народження частота хворих дітей збільшується. У 2015 р. захворюваність дітей на першому році життя становила 1429,18 на 1000 дітей відповідного віку (рис. 2.2.4).

Переорієнтація перинатальної допомоги та медичного догляду дітей раннього віку на медико-організаційні технології з доведеною ефективністю, збільшення кількості «Клінік, дружніх до дитини», розширення можливостей надання медичної допомоги дітям – мешканцям сільської місцевості, наближення до них спеціалізованої медичної допомоги шляхом організації виїзних бригад сприяли зниженню захворюваності дітей першого року життя з 560,6 на 1000 дітей відповідного віку у 2011 р. до 1429,9 у 2015 році. Серед співвідносно дії факторів, що впливають на здоров'я дітей, вагоме значення має стан грудного вигодовування, частота якого за період 2011–2015 рр. мала позитивну динаміку.

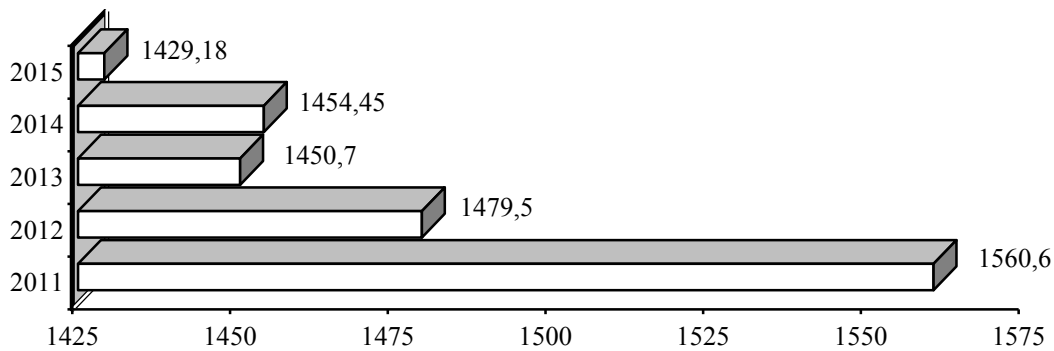


Рис. 2.2.4. Динаміка захворюваності дітей першого року життя в Україні у 2011–2015 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

Позитивна тенденція захворюваності цього контингенту дітей відбулася за рахунок незначного зниження її за основними класами хвороб, за винятком природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (збільшення на 3,6%). Підтвердженням ефективності впровадження регіоналізації перинатальної допомоги та переорієнтації перинатальної служби на всесвітньо визнані перинатальні технології з доведеною ефективністю є достатньо інтенсивні темпи зниження захворюваності дітей першого року життя на хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (75,4 у 2011 р. і 71,24 у 2015 р.), стани, що виникли в перинатальному періоді (144,2 та 133,1 відповідно), хвороби нервової системи (66,3 і 62,2 відповідно) (табл. 2.2.5).

Таблиця 2.2.5

Динаміка захворюваності дітей першого року життя за деякими класами хвороб в Україні у 2011–2015 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

Клас хвороб	Рік				
	2011	2013	2014	2015	2015 / 2011 (%)
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	35,4	34,69	32,80	33,6	94,9
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	75,4	70,45	71,24	69,3	91,92
Хвороби нервової системи	66,3	62,79	62,40	62,2	93,82
Хвороби ока та його придаткового апарату	54,0	52,05	51,76	51,8	95,93
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	27,3	26,46	27,01	26,2	95,97
Хвороби органів дихання	810,6	810,37	812,22	793,1	97,84
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	44,3	44,98	45,97	45,9	103,61
Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	144,2	137,17	136,02	133,1	92,30

Усе ще високий рівень захворюваності дітей першого року життя зумовлений високим рівнем хвороб органів дихання (793,1) та окремих станів, що виникають у перинатальному періоді (133,1), які займають провідні місця у структурі захворюваності дітей першого року життя. Упродовж останніх років захворюваність дітей першого року життя знизилася у всіх регіонах. На достатньо низькому рівні, менше 1200,0 на 1000 дітей першого року життя, при позитивній динаміці у 2013 р., утримується захворюваність немовлят у Миколаївській, Тернопільській, Черкаській і Чернівецькій областях. Водночас на

високому, більше 1700,0, утримується захворюваність дітей першого року життя у Запорізькій, Івано-Франківській та Рівненській областях.

У структурі захворюваності дітей першого року життя у 2015 р., як і в попередні роки, перше місце посіли хвороби органів дихання (55,5%), друге – окремі стани, що виникають у перинатальному періоді (9,3%), третє – хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (4,9%), наступні місця – хвороби нервової системи, ока та його придаткового апарату та хвороби органів травлення (рис. 2.2.5).

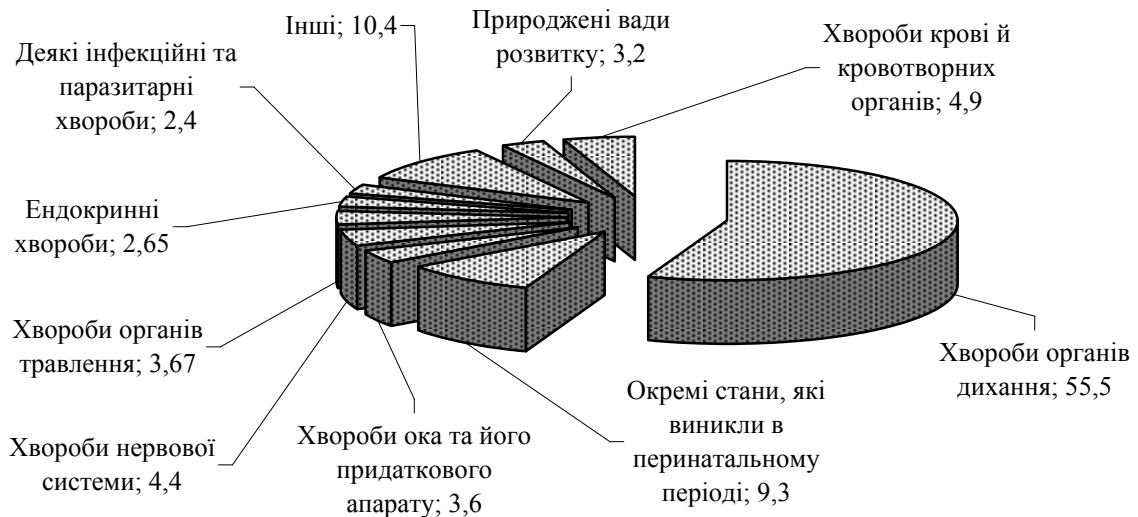


Рис. 2.2.5. Структура захворюваності дітей першого року життя за деякими класами хвороб у 2015 р. (%)

Дитина розвивається за біологічними законами, що зумовлює домінування окремих процесів у різні періоди життя. Загальновизнано, що стан здоров'я дитини формується до народження, під час народження і в перші роки життя, а в подальшому лише зберігається і зміцнюється. Тому стан здоров'я дітей перших шести років життя потребує особливої уваги медичних працівників.

Наразі в Україні функціонує комплексна система профілактики, спрямована на зменшення ризику формування негативних змін стану здоров'я дітей, впроваджується система корекції і підтримки їхнього здоров'я через систему первинної медико-санітарної допомоги, здійснюється впровадження медико-організаційних технологій із доведеною ефективністю.

Відомо, що при досягненні малюкової смертності рівня 10‰ резерви подальшого зниження смертності дітей визначаються старшим віковим періодом. Саме тому аналіз причин захворюваності та поширеності хвороб дітей після року, у т.ч. перших шести років життя, є актуальним. У 2011–2015 рр. поширеність хвороб у дітей 0–6 років мала позитивну динаміку – 1875,5 на 1000 відповідного населення у 2011 р. і 1589,9 у 2015 році. Аналогічна тенденція характерна і для захворюваності дітей 0–6 років – 1631,8 і 1377,24 відповідно (рис. 2.2.6).

При загалом позитивній тенденції захворюваності та поширеності хвороб за всіма класами серед дітей віком 0–6 років за період 2010–2015 рр. спостерігалось більш інтенсивне зниження поширеності ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин (34,91 на 1000 відповідного населення у 2010 р. і 23,36 у 2015 р.), хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму (71,66 і 53,56 відповідно), хвороб шкіри та підшкірної клітковини (94,26 і 78,48 відповідно).

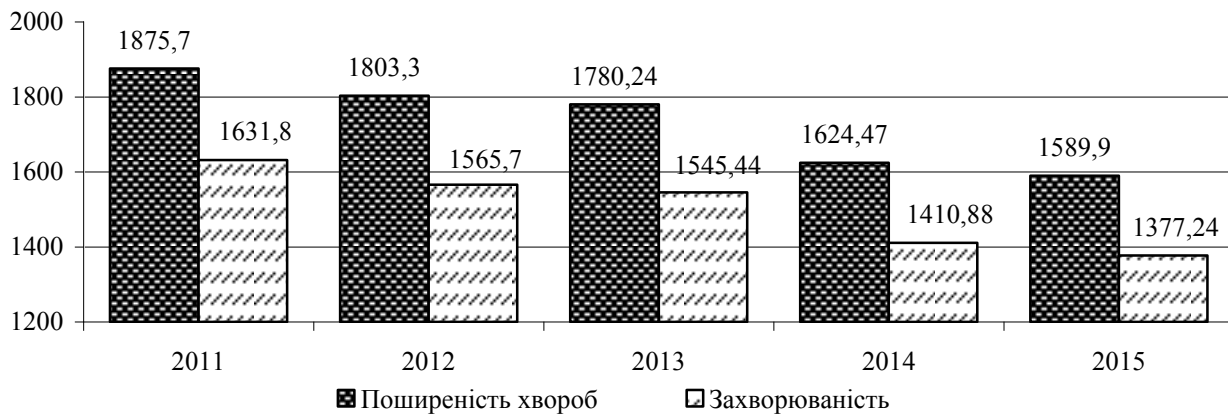


Рис. 2.2.6. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб у дітей 0–6 років в Україні у 2011–2015 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

Позитивна динаміка захворюваності дітей цієї групи відбулася переважно за рахунок зниження захворюваності на хвороби органів дихання (1204,1 і 978,95 відповідно), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (82,34 і 67,94 відповідно), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (62,53 і 53,61 відповідно) (табл. 2.2.6).

Таблиця 2.2.6

Динаміка поширеності хвороб та захворюваності дітей віком 0–6 років включно за окремими класами зареєстрованих хвороб в Україні у 2010 і 2015 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

Клас хвороб	Поширеність		Захворюваність	
	2010	2015	2010	2015
Усього хвороб, у т.ч.:	1931,53	1589,92	1681,35	1377,24
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	70,95	61,73	62,53	53,61
новоутворення	8,54	8,12	3,72	3,38
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	71,66	53,56	28,75	21,05
ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	34,91	23,36	15,32	10,06
розлади психіки та поведінки	17,48	14,83	5,21	4,16
хвороби нервової системи	38,96	31,2	19,14	15,94
хвороби ока та його придаткового апарату	59,28	50,97	44,85	38,91
хвороби вуха та соскоподібного відростка	52,7	48,08	50,83	44,27
хвороби системи кровообігу	13,87	12,32	5,48	4,42
хвороби органів дихання	1237,45	1011,64	1204,31	978,85
хвороби органів травлення	73,29	60,0	47,5	39,53
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	94,26	78,48	82,34	67,94
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	23,14	22,72	12,86	13,65
хвороби сечостатевої системи	37,81	33,91	25,57	20,25
природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	33,77	32,03	11,24	10,36
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	35,74	32,59	35,02	31,91

Позитивна тенденція захворюваності та хронічної патології у дітей раннього дошкільного і шкільного віку може бути зумовлена впливом на стан здоров'я цих контингентів дітей впровадженням сучасних перинатальних технологій та поліпшенням якості медичної допомоги.

Протягом значного часу у житті дитини провідною соціально-детермінуючою ознакою життєдіяльності є школа. Численні дослідження доводять, що практично



незамінним та єдиним (після сім'ї) фактором, який може впливати на стан здоров'я дітей, у т.ч. підліткового віку, є навчальний заклад. Реформування шкільного навчання без урахування стану здоров'я школярів суттєво збільшило їх захворюваність. Інформаційні перевантаження, стресогенні ситуації, модернізація навчального процесу вимагають від дитячого організму великого напруження, що, разом з іншими негативними факторами (обмеження фізичної активності, предметна система навчання, недостатнє природне освітлення тощо), веде спочатку до функціональних порушень, а згодом і до формування органічної патології.

Водночас навчальна діяльність не адаптується до особливостей розвитку і стану здоров'я сучасних школярів, педагоги мають недостатню підготовку з питань збереження і зміцнення здоров'я дитини, все ще зберігається пасивна позиція сім'ї і самих дітей щодо власного здоров'я.

За даними поглибленого дослідження стану здоров'я сучасних школярів та чинників, що на нього впливають, проведеного фахівцями ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН України» (педіатр, отоларинголог, ендокринолог, психоневролог, окуліст, психолог), виявлено значне погіршення здоров'я дітей за період їхнього навчання в школі. За час навчання у молодшій школі більш поширеними ставали хвороби органів дихання, на друге місце виходили ендокринопатії, на третє – розлади психіки та поведінки, четверту позицію займали хвороби ока та його придаткового апарату. Подальші зміни відбувалися при переході до основної школи – набувала актуальності патологія ендокринної системи, яка на цьому етапі посідала перше рангове місце, розлади психіки та поведінки переходили на другу позицію, хвороби дихання – на третю, кістково-м'язової системи – на четверту.

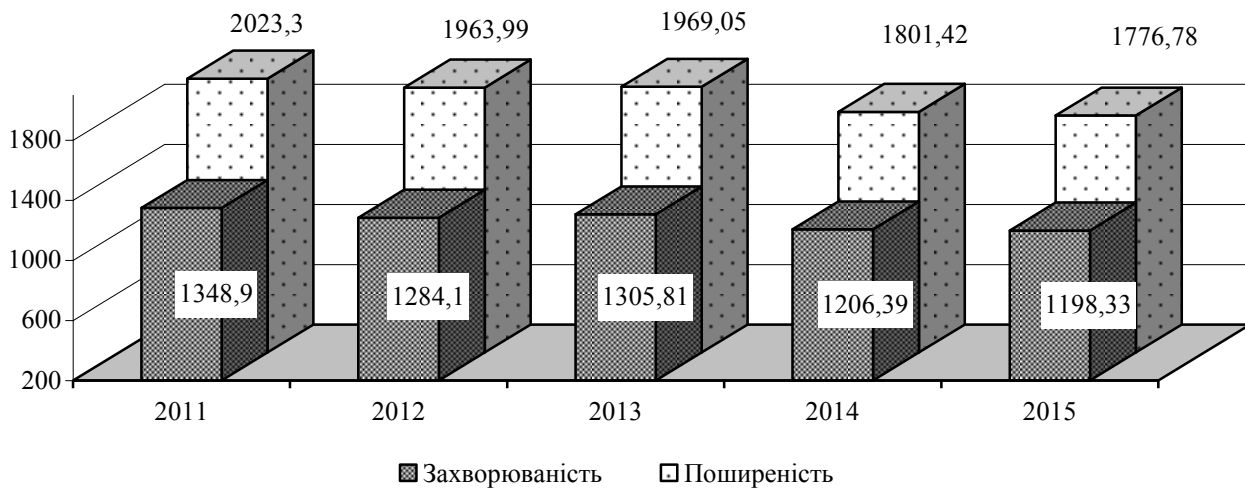
Аналіз динаміки спостереження за учнями у процесі навчання показав зменшення кількості школярів з I групою здоров'я (здорові) від 10,1% на початку першого класу до 3,8% наприкінці молодшої школи та до 1,5% протягом п'ятого класу ( $p < 0,05$ ). Крім того, у молодшій школі знижувалася чисельність II групи здоров'я (функціональні відхилення) з 59,7% до 46,2%, за рахунок чого збільшувалася кількість учнів із III групою здоров'я (хронічні захворювання) з 30,2% до 49,4%. Негативні тенденції продовжувалися при переході в основну школу: питома вага школярів, що мали III групу здоров'я, в п'ятому класі становила 58,0%, що значно перевищувало чисельність II групи (49,3%,  $p < 0,05$ ).

Загалом за даними досліджень лише 30% дітей шкільного віку можуть виконати фізичні нормативи без ризику для здоров'я. Лише у 18–24% дітей процеси відновлення функціонального стану організму після виконання нормативів відбуваються сприятливо.

Таким чином, за даними проведених досліджень, діти шкільного віку мають незадовільну функціональну пристосованість до фізичних навантажень при недостатній тренуваності та низькому рівні функціонального резерву серця. Саме тому у віковій групі дітей шкільного віку реєструється найвища поширеність хвороб та починає накопичуватись хронічна патологія.

Як видно з рис. 2.2.7, захворюваність дітей віком 7–14 років за проаналізований період мала позитивну тенденцію, загалом знизилася на 11,6% і у 2015 р. становила 1198,33 на 1000 дітей відповідного віку, що нижче захворюваності дітей віком 0–6 років (1377,24). Зниження захворюваності дітей віком 7–14 років відбулося за рахунок зниження її від хвороб усіх, за винятком новоутворень, класів хвороб. Більш інтенсивними темпами відбулося зниження захворюваності на розлади психіки та поведінки (6,34 на 1000 дітей відповідного

віку у 2010 р. і 4,37 у 2015 р.), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (24,94 і 18,21 відповідно), хвороб крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (8,99 і 7,14 відповідно).



**Рис. 2.2.7. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб у дітей 7–14 років в Україні у 2011–2015 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)**

Поширеність хвороб серед дітей цієї вікової категорії за роки дослідження зменшилася на 11,9% і становила у 2015 р. 1776,78 на 1000 відповідного населення, що вище аналогічного показника у віковій групі дітей 0–6 років (1589,92).

Більш інтенсивними темпами у дітей віком 7–14 років зменшувалася поширеність ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин (125,03 у 2010 р. і 96,97 у 2015 р.), хвороб органів травлення (188,48 і 150,08 відповідно) та хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (105,8 і 89,65 відповідно). За цей період зросла лише поширеність новоутворень (6,83 і 7,76 відповідно) і природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (24,34 і 27,77 відповідно).

У структурі поширеності хвороб перші п'ять місць відповідно займали: хвороби органів дихання, хвороби органів травлення, хвороби ока та його придаткового апарату, ендокринні хвороби, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини. За рахунок цих класів хвороб було сформовано 77,4% поширеності хвороб у 2015 році.

У структурі захворюваності провідні місця у 2015 р. займали хвороби органів дихання, травми та отруєння, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, хвороби органів травлення, ока та його придаткового апарату (табл. 2.2.7).

Діти підліткового віку складають значну і найбільш перспективну частину нашого суспільства. А в період несприятливої демографічної ситуації, що склалася в Україні, здоров'я дітей підліткового віку набуває особливої цінності. Анатомо-фізіологічні та психологічні особливості підліткового віку обумовлюють особливий стан їхнього організму, певну соціальну незахищеність, залежність від впливу соціального середовища, як на біологічному, так і на соціально-психологічному рівні. За даними ВООЗ, погіршення умов життя та зниження стабільності у суспільстві обумовлюють зростання стресових станів у підлітковій популяції більше, ніж в інших, що призводить до зростання захворюваності у цій віковій групі. Реалізація генетичної схильності до патологічних відхилень також найчастіше виникає в цьому періоді. Окрім того, прагнення до швидшого дорослішання часто

супроводжується засвоєнням шкідливих звичок, що негативно впливають на здоров'я. Не викликає дискусій той факт, що кризові явища у здоров'ї населення, його окремих спільнот і груп відбуваються дуже швидко й зберігаються довгі роки. Так, діти, що стали хворими у часи кризи, будуть страждати від цього все життя.

Таблиця 2.2.7

Динаміка поширеності хвороб та захворюваності дітей віком 7–14 років включно за окремими класами зареєстрованих хвороб в Україні у 2010 і 2015 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

Клас хвороб	Поширеність		2015/2010	Захворюваність		2015/2010
	2010	2015		2010	2015	
Усього хвороб, у т.ч.:	2018,32	1776,78	88,03	1355,69	1198,33	88,39
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	55,78	48,52	86,98	47,13	41,15	87,31
новоутворення	6,83	7,76	113,62	2,17	2,46	113,36
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	27,62	23,84	86,31	8,99	7,14	79,42
ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	125,03	96,97	77,56	24,94	18,21	73,02
розлади психіки та поведінки	45,63	38,81	85,05	6,35	4,37	68,82
хвороби нервової системи	60,42	53,86	89,14	19,63	16,59	84,51
хвороби ока та його придаткового апарату	123,12	114,6	93,08	49,83	45,27	90,85
хвороби вуха та соскоподібного відростка	43,74	40,18	91,86	38,8	35,68	91,96
хвороби системи кровообігу	43,73	41,73	95,43	12,49	9,62	77,02
хвороби органів дихання	969,84	924,58	95,33	887,75	793,27	89,36
хвороби органів травлення	188,48	150,08	79,63	58,4	49,25	84,33
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	76,73	69,19	90,17	65,61	57,71	87,96
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	105,8	89,65	84,74	39,18	31,44	80,25
хвороби сечостатевої системи	48,72	43,0	88,26	22,91	20,48	89,39
природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	24,34	25,77	105,88	2,59	2,34	90,35
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	69,11	63,3	91,59	66,95	61,55	91,93

Тому необхідний ретельний профілактичний медичний нагляд підлітків, що зумовлений появою у них функціональних розладів дезадаптаційного генезу у поєднанні з психологічними характеристиками та порушеннями здоров'я.

Негативні тенденції соціально-економічного розвитку перехідного періоду на тлі широкого використання інноваційних програм навчання негативно впливають на стан здоров'я населення, в т.ч. дітей підліткового віку. Лише за роки суверенності України поширеність хвороб у дівчат підліткового віку зросла у 2,7 разу.

Упродовж останніх років здоров'я дітей підліткового віку, незважаючи на позитивну динаміку, все ще залишається незадовільним: поширеність хвороб коливається в межах 2006,9–2022,3 на 1000 дітей підліткового віку, а захворюваність – 1218,9–1151,1, з найнижчими рівнями їх у 2014 р. (рис. 2.2.8).

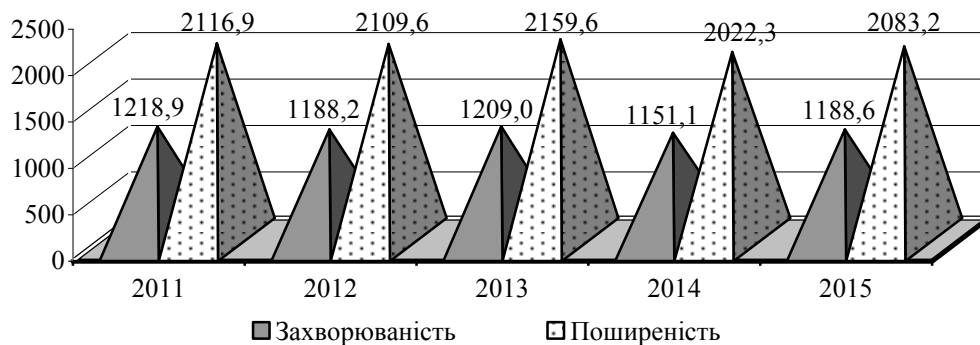


Рис. 2.2.8. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дітей підліткового віку у період 2011–2015 рр. в Україні (на 1000 дітей підліткового віку)

При незначному зниженні захворюваності у даній віковій групі спостерігається зростання новоутворень (5,1 у 2010 р. і 6,2 у 2015 р. на 1000 дітей підліткового віку), хвороб органів травлення (51,0 і 54,85 відповідно), хвороб вуха та соскоподібного відростка (32,8 і 34,13 відповідно), хвороб шкіри та підшкірної клітковини (78,2 і 79,3 відповідно) (табл. 2.2.8).

Аналогічна ситуація характерна для динаміки поширеності хвороб дітей підліткового віку – при незначній позитивній тенденції щодо поширеності усіх хвороб спостерігається їх зростання за такими класами хвороб: новоутворення, хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму, хвороби ока та його придаткового апарату, хвороби вуха та соскоподібного відростка, хвороби системи кровообігу, хвороби органів дихання, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії.

Таблиця 2.2.8

Динаміка поширеності хвороб та захворюваності дітей віком 15–17 років включно за окремими класами зареєстрованих хвороб в Україні у 2010 р. і 2015 р. (на 1000 дітей відповідного віку)

Клас хвороб	Поширеність		2015/2010	Захворюваність		2015/2010
	2010	2015		2010	2015	
Усього хвороб, у т.ч.:	2089,9	2080,3	99,67	1209,0	1188,6	98,31
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	45,5	42,50	93,41	36,7	34,61	94,31
новоутворення	12,2	14,95	122,54	5,1	6,2	121,57
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	18,9	21,32	112,80	7,8	8,07	103,46
ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	145,9	150,05	102,84	28,0	25,0	89,29
розлади психіки та поведінки	42,2	35,08	83,13	5,9	4,4	74,58
хвороби нервової системи	114,8	116,16	101,18	32,6	30,58	93,80
хвороби ока та його придаткового апарату	161,6	164,83	102,00	50,6	49,73	98,28
хвороби вуха та соскоподібного відростка	40,9	42,47	103,84	32,8	34,13	104,05
хвороби системи кровообігу	67,9	77,74	114,49	17,5	16,7	95,43
хвороби органів дихання	768,5	869,45	113,14	678,7	671,73	98,97
хвороби органів травлення	197,7	190,68	96,45	51,0	54,85	107,55
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	92,5	95,04	102,75	78,2	79,3	101,41
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	172,4	161,79	93,85	53,6	46,81	87,33

хвороби сечостатевої системи	108,8	102,91	94,59	55,9	53,68	96,03
природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	22,1	24,91	112,71	1,9	1,81	95,26
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	71,5	69,84	97,68	67,3	66,25	98,44

Усе ще високий рівень захворюваності дітей підліткового віку утримується за рахунок високого рівня хвороб органів дихання (671,73), шкіри і підшкірної клітковини (79,3), травм та отруєнь (66,25), а поширеності хвороб – за рахунок хвороб органів дихання (869,45), травлення (190,68), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (161,79), ока та його додаткового апарату (164,83).

Індекс накопичення хвороб цієї вікової категорії дітей був вищим за такий у дітей віком 0–6 та 7–14 років і становив 1,76, переважно за рахунок значного накопичення ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин, розладів психіки та поведінки і природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій, індекс накопичення яких становив 6,0; 7,97 та 13,76 відповідно.

Як і в попередні роки, у 2015 р. відмічається регіональна диспропорція захворюваності (у 2,1 разу) і поширеності хвороб (у 2,3 разу) (рис. 2.2.9).



Рис. 2.2.9. Захворюваність та поширеність хвороб серед дітей підліткового віку в розрізі регіонів у 2015 р. (на 10 тис. дітей підліткового віку)

На високих рівнях у 2015 р. утримувалися показники захворюваності дітей підліткового віку у Київській (1704,5 на 1000 дітей підліткового віку), Івано-Франківській (16258,1), Харківській (15380,9), Рівненській (14528,6), Дніпропетровській (14275,6) областях та м. Києві (14445,8), а на відносно низьких рівнях (нижче 10400,0) – у Волинській, Донецькій, Закарпатській, Херсонській областях.

Діапазон коливань поширеності хвороб становив від 2500,0 і більше на 1000 дітей відповідного віку у Київській, Харківській, Рівненській, Івано-Франківській областях та м. Києві до менше 11000,0 у Закарпатській, Херсонській, Волинській і Донецькій областях.

### **2.2.2. Аналіз інвалідності дітей та шляхи її профілактики і реабілітації**

Інвалідність дитячого населення є однією з найбільш актуальних проблем, оскільки вона є медичною, соціальною, психологічною, економічною проблемою і має державне значення. Піклування суспільства про інвалідів дитинства триває довгі роки.

Значущість проблеми інвалідності з дитинства також обумовлена тим, що майже у 25% інвалідів у віці до 50 років інвалідизація обумовлена захворюваннями, перенесеними у дитинстві. Дитяча інвалідність є найбільш чутливим індикатором якості життя населення, інтегруючи усі негативні сторони сучасності і побічно характеризуючи рівень розвитку усіх сфер життєдіяльності суспільства. Питання дитячої інвалідності стають усе актуальнішими в умовах стрімкого наростання проблем соціального розвитку, розтрата людського потенціалу, розбалансованості міжособових стосунків, військових дій на сході України і показують необхідність пошуку рішень як медичного, так і соціального характеру на якісно новому рівні.

Актуальність проблеми профілактики інвалідності з дитинства і забезпечення ефективної реабілітації цих контингентів інвалідів зумовлена тим, що упродовж останніх років в Україні уперше інвалідами впродовж року стають близько 17 тис. дітей, а серед усього дитячого населення діти-інваліди складають 2,0–2,1% при орієнтовному показнику в інших країнах 2,5%. Переважна більшість з них зберігають статус інваліда у подальшому житті, що суттєво впливає на проблему збереження працездатності та обороноздатності нації.

Показник інвалідності дітей можна вважати концентрованим відображенням успішності суспільства, соціальної захищеності та рівня і якості здоров'я підростаючого покоління. Він найбільш яскраво ілюструє різке зниження у дітей функціональних можливостей організму, реакцій пристосування і захисту. Позитивна тенденція стану поширеності хвороб дитячого населення, поліпшення якості медичної допомоги дітям зумовили зменшення поширеності інвалідності з 207,6 на 10 тис. дітей віком до 18 років у 2011 р. до 201,6 у 2015 р. Первинна інвалідність за цей період зменшилася з 23,4 до 21,6 на 10 тис. дитячого населення (рис. 2.2.10).

Загальна чисельність дітей-інвалідів упродовж останніх п'яти років зменшилася на 21,6 тис. і у 2015 р. становила 153547 осіб, або 2,02% від загальної кількості дітей. За розрахунками Європейської Академії Дитячої Інвалідності, в Україні очікується понад 200 тис. дітей-інвалідів віком до 18 років, з них до 80 тис. з важкою інвалідністю.

Порівняння даних вітчизняної та міжнародної статистики свідчить про те, що в Україні завищені вимоги до встановлення інвалідності. При повному використанні прав, наданих Законом України «Про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» до 2016 року» №1065-VI від 05.03.2009, спільним наказом МОЗ, Міністерства праці та соціальної політики, Міністерства фінансів України від 08.12.2001 №454/471/516 «Про затвердження переліку медичних показань, що дають право на одержання соціальної допомоги на дітей-інвалідів до 16 років» та наказом МОЗ від 11.07.2005 №342 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 04.12.2001 №279 «Про затвердження порядку видачі медичного висновку про дитину-інваліда віком до 16 років», число дітей-інвалідів має значно зростати. Ці тенденції притаманні будь-якій цивілізованій державі, бо на перше місце ставиться збереження життя усім дітям. Така постановка проблеми правильна, оскільки дає можливість упорядкувати статистичні дані щодо дитячої інвалідності, збільшити число сімей, охоплених соціальною допомогою, і

зумовити точніше планування медичних і медико-соціальних програм щодо створення служб реабілітації та відновного лікування.

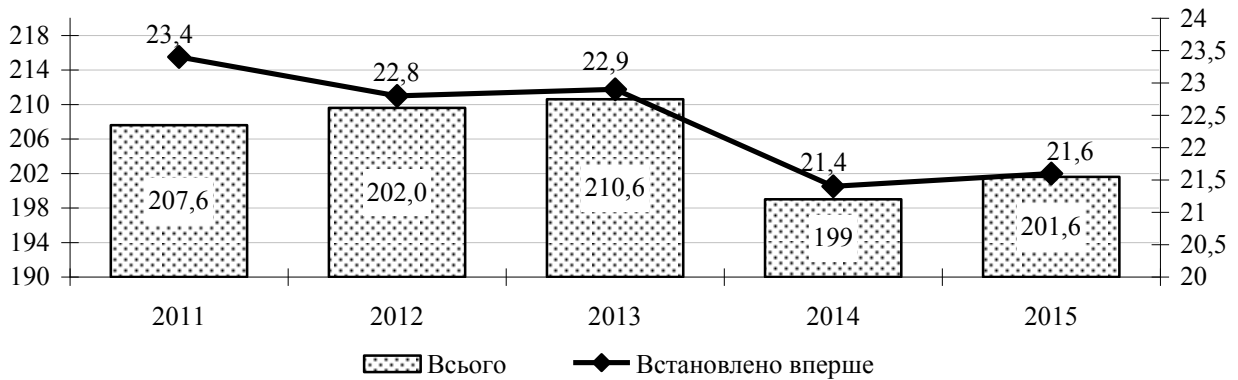


Рис. 2.2.10. Поширеність інвалідності серед дітей 0–17 років в Україні у 2011–2015 рр. (на 10 тис. відповідного населення)

У 2015 р., як і в попередні роки, відмічалось коливання показника загальної інвалідності від межох 254,3 на 1000 дітей віком до 18 років у Чернігівській, 248,2 у Київській, 144,7 у Житомирській, 239,1 у Рівненській, 231,4 у Вінницькій областях до 166,4 в Одеській, 185,6 у Херсонській, 186,6 у Луганській областях.

Проведений нами спеціальний аналіз частки інвалідів серед загальної кількості хворих дітей у розрізі класів хвороб у 2013 р. і у 2008 р. засвідчив, що найбільш інвалідизуючими хворобами є природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, розлади психіки та поведінки та хвороби нервової системи (рис. 2.2.11).

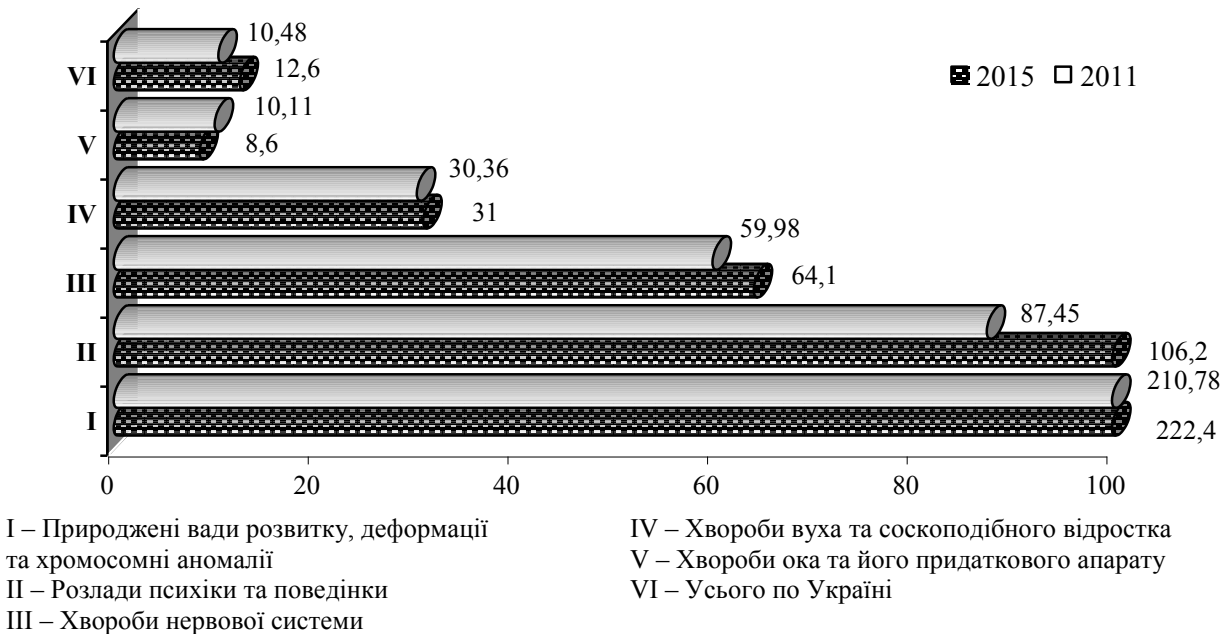


Рис. 2.2.11. Частка дітей-інвалідів у загальній кількості хворих дітей в Україні у 2011 і 2015 рр. (%)

Так, в середньому на 1000 зареєстрованих захворювань у дітей у 2011 р. припадало 10,5 інваліда, у 2015 р. – 12,6. Несуттєві відмінності і динаміки частоти інвалідів серед зареєстрованих захворювань у розрізі класів хвороб – природжених аномалій, хвороб вуха, ока, нервової системи, розладів психіки та поведінки. У 2015 р., як і у 2011 р., найбільше інвалідів зареєстровано серед дітей з природженими вадами розвитку – 222,4 та 210,78 на

кожну тисячу зареєстрованих захворювань відповідно, розладами психіки та поведінки – 106,2 та 87,4 відповідно. До найменш «інвалідизуючих» хвороб можна віднести хвороби ока, при яких на 1000 зареєстрованих хвороб припадає біля 8,6–10,1 інвалідів. Отримані нами дані кореспондуються з даними публікацій, у яких розглядаються проблеми інвалідизації дитячого населення, і свідчать про необхідність посилення первинної профілактики захворюваності дітей та удосконалення надання медичної допомоги дітям із важкими інвалідизуючими хворобами.

У структурі інвалідності дітей упродовж 2011–2015 рр. серед причин, внаслідок яких діти стають інвалідами, перше місце посідають природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (29,13–31,3%), друге – хвороби нервової системи (18,9–17,0%), 3-є – розлади психіки та поведінки (15,5–14,0%).

Як видно на рис. 2.2.12, у цілому зміни у структурі причин інвалідності були незначними – спостерігалася виразна тенденція до зменшення хвороб нервової системи, розладів психіки та поведінки, вуха та соскоподібного відростка при тенденції до збільшення у структурі причин питомої ваги природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій.

Динаміка інвалідності за віковими групами збігається з динамікою поширеності хвороб у дітей відповідних вікових груп – збільшення з віком. Як і в попередні роки, у 2015 р. відмічається зростання інвалідності залежно від віку: з 76,4 на 10 тис. відповідного населення серед дітей 0–2 років до 163,9 серед дітей 3–6 років, 256,3 серед дітей 7–14 років та до 269,1 серед дітей підліткового віку. Зростання інвалідності з віком притаманне зростанню її за усіма причинами.

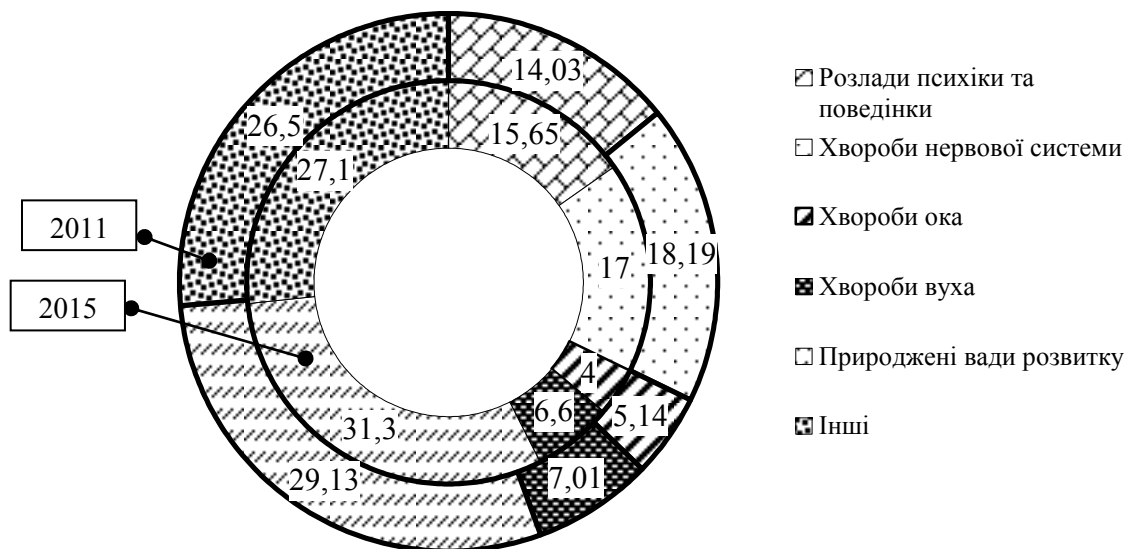


Рис. 2.2.12. Динаміка структури інвалідності дітей віком 0–17 років включно в Україні у 2011 та 2015 рр. (%)

У динаміці за проаналізований період зросла інвалідність лише серед дітей віком 7–14 років з 222,0 на 10 тис. відповідного населення у 2011 р. до 256,3,0 у 2015 р., а серед дітей інших вікових груп – зменшилася (рис. 2.2.13).

Станом на 31.12.2015 р. в Україні налічувалося 153547 дітей-інвалідів та зареєстровано 12267123 хвороби, у середньому на 100 захворювань припадало 11,6 інваліда.



Враховуючи однакову важкість перебігу захворювань у дітей в різних регіонах, логічно припустити, що розбіжності цього показника в розрізі регіонів незначні.

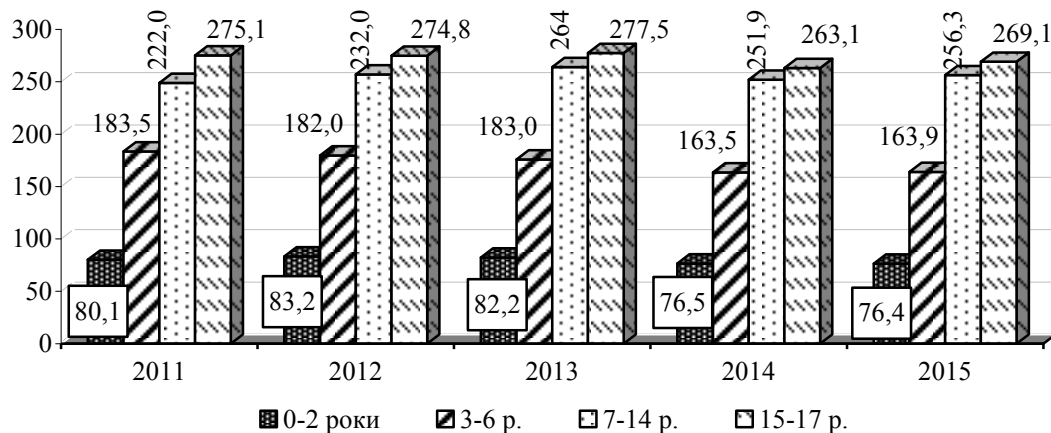


Рис. 2.2.13. Динаміка інвалідності дітей окремих вікових груп в Україні на 10 тис. відповідного населення, 2011–2015 рр.

Проведений нами аналіз засвідчив суттєві розбіжності у співвідношенні зареєстрованої кількості хвороб та інвалідів у різних регіонах (рис. 2.2.14).

Діапазон частоти інвалідів серед зареєстрованих захворювань коливався в розрізі регіонів від 9,0 на 1000 захворювань у м. Києві, 103–10,59 у Київській, Харківській і Одеській областях до 16,0 у Закарпатській, 13,4–13,2 у Чернівецькій та Миколаївській областях.

Отримані дані вказують на доцільність проведення тематичних клінічних аудитів із первинної профілактики захворюваності та якості медичної допомоги дітям із важкими інвалідизуючими хворобами у Закарпатській, Чернівецькій та Миколаївській областях.

Ситуація з інвалідністю дітей свідчить про необхідність структурної перебудови системи надання медичної допомоги дітям на користь первинної ланки, раціоналізації стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги шляхом запровадження міжнародних стандартів лікувальної діяльності в умовах єдиного медичного простору. Водночас зміцнення педіатричної служби слід поєднати з розвитком профілактичної медицини та формуванням мотивації населення до збереження та зміцнення здоров'я.

Слід зазначити, що в Україні не отримала належного розвитку позиція експертів ВООЗ і провідних вітчизняних авторів, що вирішення проблеми погіршення здоров'я дітей, зокрема попередження інвалідності, не має замикатися на службах охорони здоров'я і реабілітації, а слід залучати до їх вирішення інші відомства, громадські організації, міжнародні проекти.

Крім того, факторна детермінація основних причин дитячої інвалідності зумовлює доцільність формування основних напрямків та програм зі зниження інвалідності дітей. Це, насамперед, подальший розвиток служб медико-генетичного консультування, планування сім'ї, поліпшення якості медичного догляду новонароджених із низькою і дуже низькою масою тіла при народженні, організація служби медико-соціального патронажу в сім'ях високого соціального ризику. З метою підвищення батьківської компетенції необхідно тактовно й обережно формувати об'єктивне уявлення про наявний у дитини дефект і можливі його наслідки.

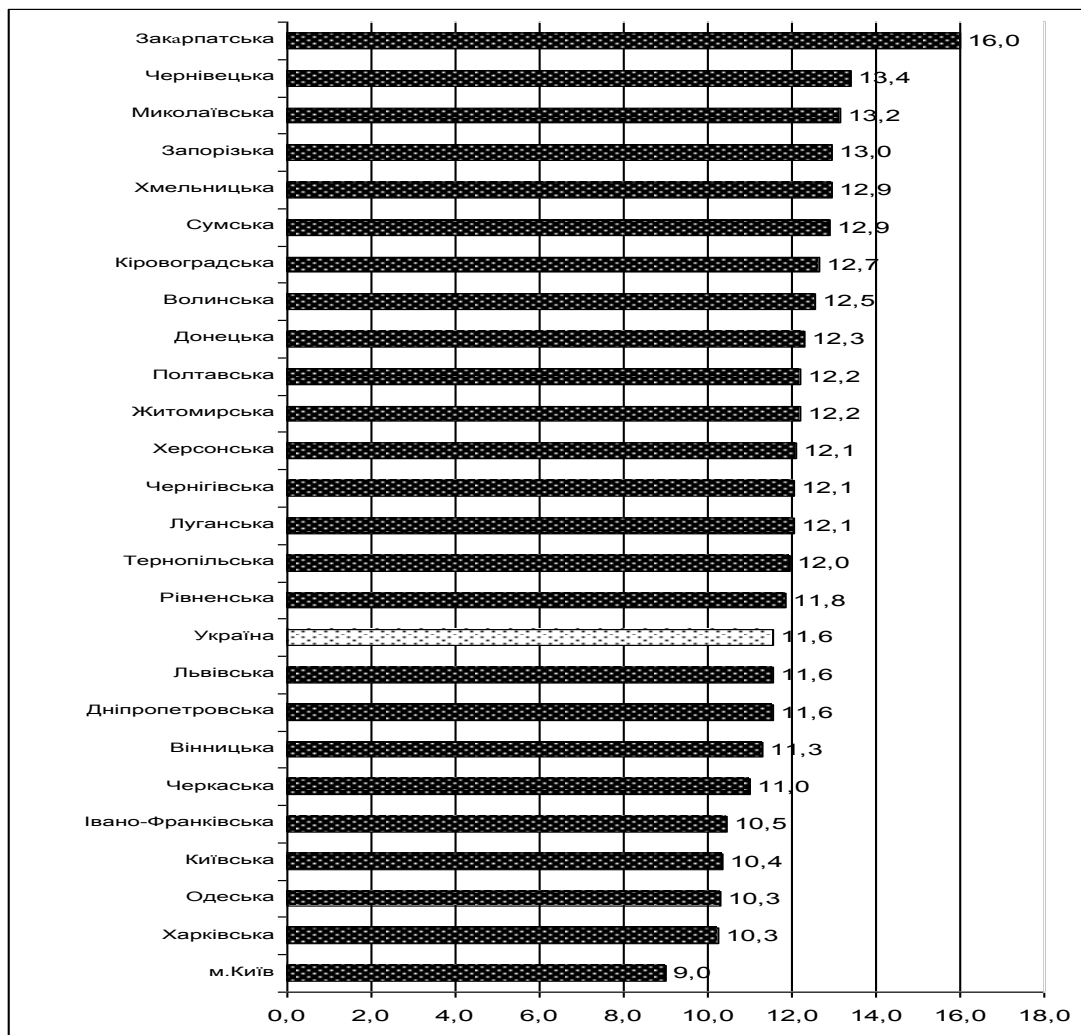


Рис. 2.2.14. Співвідношення зареєстрованої кількості хвороб та інвалідів у розрізі регіонів у 2015 р. (кількість інвалідів на 1000 хвороб)

### 2.3. Динаміка стану здоров'я дорослого населення

Стан здоров'я населення є показником культурного, трудового, оборонного потенціалу держави і відображенням соціально-економічних, екологічних умов, способу життя населення, стану медичного забезпечення. Тому одним із пріоритетних завдань внутрішньої політики у найближчі роки в Україні визначено збереження і розвиток національного людського капіталу держави як головного фактора економічного росту, суттєву роль у збереженні якого відіграє система охорони здоров'я.

Без об'єктивної оцінки стану здоров'я неможливе ефективне вирішення багатьох аспектів функціонування системи охорони здоров'я – організаційних, управлінських, кадрових, фінансово-економічних, лікувально-профілактичних. Дані про стан здоров'я використовуються для більш раціонального управління здоров'ям, реагування на його зміни, залучення до вирішення важливих життєвих проблем суспільства.

Здоров'я населення характеризується системою статистичних показників, які відображають здатність суспільства до відтворення населення в конкретних соціально-економічних умовах. Показники здоров'я увійшли до числа об'єктивно необхідних економічних елементів, які забезпечують життєдіяльність сучасного цивілізованого

суспільства, оскільки у кінцевому підсумку розвиток охорони здоров'я має на меті сприяти довголіттю людей.

За даними офіційної статистики, у 2015 р. і рівень поширеності хвороб серед дорослого населення України (170417,8 на 100 тис. дорослого населення), і рівень первинної захворюваності дорослого населення (48606,0 на 100 тис. дорослого населення) мали тенденцію до зростання порівняно з 2014 р. (поширеність хвороб на 0,93%; первинна захворюваність на 0,3%). Слід зазначити, що в цілому рівень поширеності хвороб та захворюваності залишається нижчим, ніж у 2011 р. (табл. 2.3.1).

Таблиця 2.3.1

Динаміка поширеності хвороб та захворюваності дорослого населення України за період 2011–2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Показник	2011	2012	2013	2014	2015
Поширеність хвороб	184754,9	184012,7	184286,6	168 849,2	170 417,8
Захворюваність населення	55 474,2	53 682,2	53 187,3	48 467,8	48 606,0

У структурі поширеності хвороб серед дорослого населення країни в 2015 р. традиційно переважають хвороби системи кровообігу (37,4%), друге місце займають хвороби органів дихання (12,6%), третє місце посіли хвороби органів травлення (10,6%), четверте місце належить хворобам сечостатевої системи (6,1%), п'яте – хворобам кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,7%) (рис. 2.3.1).

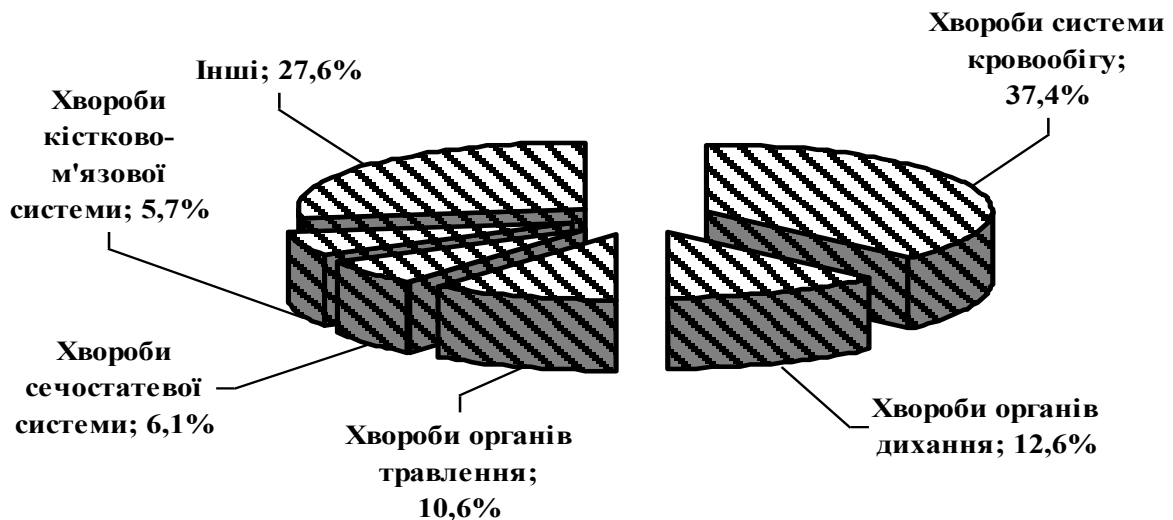


Рис. 2.3.1. Структура поширеності хвороб серед дорослого населення (18–100 років) України за класами хвороб у 2015 р. (%)

Протягом 2011–2015 рр. у структурі поширеності захворювань серед дорослого населення відбулося зростання частки класу новоутворень (з 2,6% у 2011 р. до 2,8% у 2015 р.), класу ендокринних хвороб (з 4,6% до 5,1% відповідно), класу хвороб нервової системи (з 2,5% до 2,7% відповідно), класу хвороб органів травлення (з 10,2% до 10,6%), класу хвороб кістково-м'язової системи (з 5,6% до 5,7%), класу хвороб сечостатевої системи (з 6,0% до 6,1%) (табл. 2.3.2).

Аналіз рівня поширеності хвороб серед дорослого населення показав, що в період 2011–2015 рр. відбувалось зростання рівня поширеності ендокринних хвороб, розладів

харчування та обміну речовин (на 3,8% у 2015 р. відносно 2011 р.) та природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (на 5,1% відповідно), на відміну від решти класів хвороб, де спостерігається зниження рівнів поширеності порівняно з 2011 роком. Слід зазначити, що в 2015 р. по відношенню до 2014 р. виявлено тенденцію до зростання рівнів поширеності новоутворень на 3,2%, розладів психіки та поведінки – на 0,1%, хвороб нервової системи – на 1,4%, хвороб ока та його придаткового апарату – на 0,3%, хвороб вуха та соскоподібного відростка – на 0,7%, хвороб системи кровообігу – на 0,6%, хвороб органів дихання – на 1,4%, хвороб органів травлення – на 1,1%, хвороб шкіри та підшкірної клітковини – на 1,7%, хвороб кістково-м'язової системи – на 1,7%, хвороб сечостатевої системи – на 1,4%, хвороб ендокринної системи – на 3,1%, природжених вад розвитку – на 3,6% (табл. 2.3.2).

Таблиця 2.3.2

**Динаміка показників та структури поширеності хвороб серед дорослого населення України  
за основними класами хвороб у 2011, 2014, 2015 рр. (на 100 тис. нас.)**

Клас хвороб	2011	%	2014	%	2015	%	2015/ 2011	2015/ 2014
Усі хвороби, у т.ч.:	184754,9	100	168849,2	100	170417,8	100	-7,8	0,93
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	3615,8	2,0	2 977,6	1,8	2916,9	1,7	-19,3	-2,0
новоутворення	4859,1	2,6	4 628,0	2,7	4775,7	2,8	-1,7	3,2
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1226,7	0,7	1 138,1	0,7	1133,6	0,7	-7,6	-0,4
ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	8433,2	4,6	8 490,2	5,0	8754,4	5,1	3,8	3,1
розлади психіки та поведінки	4929,6	2,7	4 276,8	2,5	4280,7	2,5	-13,2	0,1
хвороби нервової системи	4600,6	2,5	4 454,7	2,6	4518,7	2,7	-1,8	1,4
хвороби ока та його придаткового апарату	8963,4	4,9	8 120,0	4,8	8139,9	4,8	-9,2	0,3
хвороби вуха та соскоподібного відростка	3236,0	1,8	2 854,2	1,7	2875,4	1,7	-11,1	0,7
хвороби системи кровообігу	69488,0	37,6	63 312,9	37,5	63684,8	37,4	-8,4	0,6
хвороби органів дихання	24005,4	13,0	21 180,6	12,5	21470,5	12,6	-10,6	1,4
хвороби органів травлення	18856,3	10,2	17 939,1	10,6	18144,4	10,6	-3,8	1,1
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4139,4	2,2	3 680,8	2,2	3744,2	2,2	-9,6	1,7
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	10379,4	5,6	9 603,3	5,7	9766,6	5,7	-5,9	1,7
хвороби сечостатевої системи	11032,7	6,0	10 250,7	6,1	10390,9	6,1	-5,8	1,4
природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	201,6	0,1	204,5	0,1	211,8	0,1	5,1	3,6
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4816,8	2,6	4 104,5	2,4	4055,4	2,4	-15,8	-1,2

У 2015 р. в 20 областях України спостерігається вищий за загальноукраїнський показник рівень поширеності хвороб. Найвищі рівні поширеності захворювань серед дорослого населення за регіонами країни мають м. Київ (235176,7 на 100 тис. відповідного населення), Дніпропетровська (223507,2 відповідно), Вінницька (206238,4 відповідно), Чернігівська (203584,1 відповідно), Київська (199213,2 відповідно) області. У 13 областях країни протягом останніх п'яти років відбувається поступове зростання рівня поширеності

хвороб відносно 2011 р., у трьох регіонах спостерігається зниження вищезазначених показників (м. Київ, Одеська область, Волинська область) (табл. 2.3.3).

Таблиця 2.3.3

Динаміка регіональних показників поширеності хвороб серед дорослого населення України у 2011, 2014, 2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Область	Рік			Зміни (%)	
	2011	2014	2015	2015/2011	2015/2014
Україна	184754,9	168 849,2	170 417,8	-7,76	0,93
Вінницька	219849,4	204 771,5	206 238,4	-6,19	0,72
Волинська	181623,7	175 597,8	175 469,0	-3,39	-0,07
Дніпропетровська	217252	220 919,4	223 507,5	2,88	1,17
Донецька	176339,6	72 712,9	161 392,2	-8,48	121,96
Житомирська	157945,2	167 257,9	171 499,0	8,58	2,54
Закарпатська	176551,4	167 046,8	165 382,8	-6,33	-1,00
Запорізька	143758,5	144 324,2	146 321,9	1,78	1,38
Івано-Франківська	185555	186 854,6	187 192,5	0,88	0,18
Київська	192939,3	193 770,6	199 213,2	3,25	2,81
Кіровоградська	172465,6	176 374,7	181 075,4	4,99	2,67
Луганська	150468,2	42 469,0	135 302,4	-10,08	218,59
Львівська	169264,6	165 452,3	165 772,5	-2,06	0,19
Миколаївська	173304,4	185 330,2	188 626,0	8,84	1,78
Одеська	198159,6	193 928,9	192 294,3	-2,96	-0,84
Полтавська	183421	179 017,9	183 457,5	0,02	2,48
Рівненська	177216,2	182 919,6	187 308,5	5,69	2,40
Сумська	157959	163 119,4	167 913,6	6,30	2,94
Тернопільська	181078,8	182 206,5	183 510,9	1,34	0,72
Харківська	200492,6	190 716,5	191 177,0	-4,65	0,24
Херсонська	179531,3	176 243,1	179 385,4	-0,08	1,78
Хмельницька	183159,6	188 487,6	189 865,6	3,66	0,73
Черкаська	201235,3	185 223,2	181 404,4	-9,85	-2,06
Чернівецька	185812,4	183 402,6	183 675,9	-1,15	0,15
Чернігівська	192681,8	198 995,1	203 584,1	5,66	2,31
м. Київ	238118,7	235 463,3	235 176,7	-1,24	-0,12

У структурі захворюваності дорослого населення України в 2015 р. перше місце, як і в попередні роки, належить хворобам органів дихання (31,3%), друге місце займають хвороби системи кровообігу (10,4%), третє місце посідають хвороби сечостатевої системи (9,3%), четверте місце належить травмам, отруєнням та деяким іншим наслідкам дії зовнішніх чинників (7,7%), п'яте – хворобам ока та його придаткового апарату (6,3%) (рис. 2.3.2).

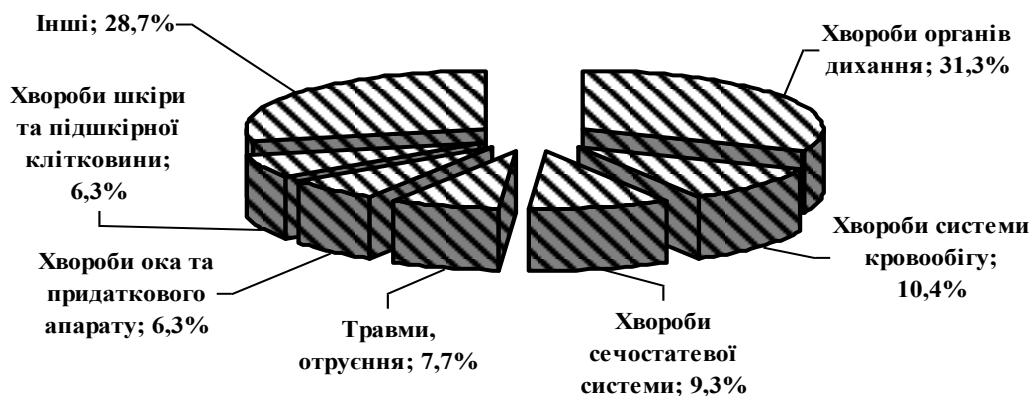


Рис. 2.3.2. Структура захворюваності дорослого населення України за класами хвороб у 2015 р. (%)

Протягом 2011–2015 рр. у структурі захворюваності дорослого населення спостерігається зростання питомої ваги наступних класів: новоутворення (з 1,9% у 2011 р. до 2,0% у 2015 р.), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (з 1,6% до 1,7% відповідно), хвороби нервової системи (з 2,7% до 3,0% відповідно), хвороби ока та його придаткового апарату (з 6,1% до 6,3% відповідно), хвороби органів травлення (з 4,3% до 4,6% відповідно), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (з 6,2% до 6,3% відповідно), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (з 6,0% до 6,1% відповідно), хвороби сечостатевої системи (з 8,9% до 9,3% відповідно).

У 2015 р. відносно 2014 р. відбулося зростання рівня захворюваності дорослого населення за більшістю класів хвороб, за винятком п'яти класів хвороб, за якими рівень захворюваності знизився: деякі інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму, ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин, хвороби системи кровообігу, травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (табл. 2.3.4).

Таблиця 2.3.4

**Динаміка показників та структури захворюваності дорослого населення України  
за основними класами хвороб у 2011, 2014, 2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Клас хвороб	2011	%	2014	%	2015	%	2015/ 2011	2015/ 2014
Усі хвороби, у т.ч.:	55474,2	100	48 467,8	100	46606,0	100	-12,4	0,3
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2091,2	3,8	1 727,9	3,6	1684,9	3,5	-19,4	-2,5
новоутворення	1051,0	1,9	954,1	2,0	968,0	2,0	-7,9	1,5
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	236,2	0,4	217,4	0,5	216,7	0,4	-8,3	-0,3
ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	899,7	1,6	813,3	1,7	806,8	1,7	-10,3	-0,8
розлади психіки та поведінки	392,0	0,7	295,3	0,6	295,3	0,6	-24,7	0,0
хвороби нервової системи	1502,4	2,7	1 435,3	2,9	1457,7	3,0	-3,0	1,6
хвороби ока та його придаткового апарату	3373,8	6,1	3 016,3	6,2	3044,2	6,3	-9,8	0,9
хвороби вуха та соскоподібного відростка	2325,6	4,2	2 027,9	4,2	2033,8	4,2	-12,6	0,3
хвороби системи кровообігу	6003,8	10,8	5 136,3	10,6	5064,2	10,4	-15,7	-1,4
хвороби органів дихання	17395,6	31,4	15 053,6	31,1	15216,2	31,3	-12,5	1,1
хвороби органів травлення	2394,9	4,3	2 203,7	4,5	2252,3	4,6	-6,0	2,2
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3434,4	6,2	2 995,8	6,2	3038,4	6,3	-11,5	1,4
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3300,5	5,9	2 961,4	6,1	2979,7	6,1	-9,7	0,6
хвороби сечостатевої системи	4941,7	8,9	4 427,7	9,1	4511,1	9,3	-8,7	1,9
природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	14,0	0,03	12,8	0,03	13,0	0,03	-7,1	1,6
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4492,9	8,1	3 824,3	7,9	3761,6	7,7	-16,3	-1,6

У 15 з 25 регіонів України в 2015 р. рівень первинної захворюваності дорослого населення був вищим за загальноукраїнський показник. Найвищі рівні первинної захворюваності спостерігалися в Дніпропетровській області (72543,1 на 100 тис. відповідного населення), м. Київ (70154,8 відповідно), Івано-Франківській (67869,7 відповідно), Львівській (64461,8 відповідно), Чернігівській (55834,9 відповідно) областях. Протягом 2011–2015 рр. у

шістьох областях відбулося поступове зростання рівнів захворюваності дорослого населення: Чернігівська область (+1,5% відносно 2011 р., +2,9% відносно 2014 р.), Хмельницька область (+0,5%, +2,5% відповідно), Сумська область (+0,2%, +4,1%), Миколаївська область (+2,6%, +1,1%), Кіровоградська область (+4,8%, +5,9%), Житомирська область (+1,5%, +2,7%). У 2015 р. в 10 областях України спостерігалось зниження рівня захворюваності дорослого населення як відносно 2014 р., так і 2011 р. (табл. 2.3.5).

Таблиця 2.3.5

Динаміка регіональних показників захворюваності дорослого населення України у 2011, 2014, 2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Область	Рік			Зміни (%)	
	2011	2014	2015	2015/2011	2015/2014
Україна	55 474,2	48 467,8	48 606,0	-12,4	0,3
Вінницька	64 220,1	54 954,6	55 182,5	-14,1	0,4
Волинська	57 912,3	53 973,5	53 468,4	-7,7	-0,9
Дніпропетровська	72 402,7	72 655,2	72 543,7	0,2	-0,2
Донецька	48 973,4	17 991,0	39 486,4	-19,4	119,5
Житомирська	42 886,9	42 378,6	43 541,2	1,5	2,7
Закарпатська	53 770,1	49 309,2	49 264,6	-8,4	-0,1
Запорізька	42 162,8	40 976,0	41 367,5	-1,9	1,0
Івано-Франківська	68 177,9	68 310,6	67 869,7	-0,5	-0,7
Київська	52 886,3	50 316,2	52 133,5	-1,4	3,6
Кіровоградська	44 451,1	43 997,6	46 573,9	4,8	5,9
Луганська	40 712,5	9 322,7	28 294,7	-30,5	203,5
Львівська	69 513,7	65 212,3	64 461,8	-7,3	-1,2
Миколаївська	49 249,8	49 966,2	50 534,8	2,6	1,1
Одеська	58 915,4	54 162,2	53 639,0	-9,0	-1,0
Полтавська	44 517,3	41 395,6	42 370,6	-4,8	2,4
Рівненська	57 051,8	54 938,0	55 387,4	-3,0	0,8
Сумська	39 882,2	38 370,3	39 959,8	0,2	4,1
Тернопільська	53 696,0	50 236,0	50 740,8	-5,5	1,00
Харківська	62 123,9	54 157,1	53 482,2	-13,9	-1,3
Херсонська	49 721,6	41 738,7	41 030,8	-17,5	-1,7
Хмельницька	48 234,4	47 256,8	48 456,1	0,5	2,5
Черкаська	57 290,4	51 212,8	49 118,1	-14,3	-4,1
Чернівецька	56 978,0	50 972,2	50 073,6	-12,1	-1,8
Чернігівська	54 997,1	54 286,7	55 834,9	1,5	2,9
м. Київ	78 081,7	70 458,1	70 154,8	-10,2	-0,4

Загальноукраїнський рівень поширеності хвороб та захворюваності дорослого населення в міській місцевості (поширеність – 173788,3 на 100 тис. відповідного населення, захворюваність – 50829,2 на 100 тис. населення) вищий, ніж у сільській місцевості (поширеність – 162720,7 на 100 тис. відповідного населення та захворюваність – 43528,9 на 100 тис. відповідного населення) на 6,8% та 16,8% відповідно. У 2015 р. найвищі показники поширеності захворювань у міській місцевості спостерігаються у Дніпропетровській області (237590,3 на 100 тис. відповідного населення), м. Київ (235176,7 відповідно), Рівненській області (210447,1 відповідно). У сільській місцевості найвищі показники поширеності хвороб сформовано у Вінницькій (219119,3 на 100 тис. відповідного населення), Київській (206356,4 відповідно) та Чернігівській (182866, на 100 тис. відповідного населення) областях. Найвищий рівень первинної захворюваності дорослого населення, що мешкає у сільській місцевості, зафіксовано у Львівській (64540,4 на 100 тис. відповідного населення), Івано-Франківській (63691,4 відповідно), Вінницькій (56801,5 відповідно) областях. Первинна захворюваність

дорослого населення, що мешкає у міській місцевості, найвища у Дніпропетровській (79532,2 на 100 тис. відповідного населення), Івано-Франківській (73231,9 відповідно) областях та м. Києві (70154,8 на 100 тис. відповідного населення) (табл. 2.3.6).

Таблиця 2.3.6

**Регіональні показники поширеності та захворюваності дорослого населення України за місцем мешкання (місто, село) у 2015 р. (на 100 тис. відповідного населення)**

Область	Село		Місто	
	Поширеність	Захворюваність	Поширеність	Захворюваність
Україна	162 720,7	43 528,9	173 788,3	50 829,2
Вінницька	219 119,3	56 801,5	193 401,1	53 569,1
Волинська	161 316,6	46 943,5	187 979,6	59 236,4
Дніпропетровська	150 654,3	36 390,7	237 590,3	79 532,2
Донецька	76 191,7	15 160,3	174 746,6	43 329,8
Житомирська	160 970,2	36 304,4	178 867,1	48 605,5
Закарпатська	166 910,1	50 584,2	162 786,8	47 021,6
Запорізька	119 763,3	33 919,9	154 024,1	43 527,3
Івано-Франківська	178 664,0	63 691,4	198 137,5	73 231,9
Київська	206 356,4	51 357,8	194 764,8	52 616,5
Кіровоградська	162 584,7	40 273,0	191 931,2	50 273,1
Луганська	69 135,9	11 732,4	146 949,5	32 261,6
Львівська	160 706,1	64 540,4	168 990,5	64 411,8
Миколаївська	160 277,7	39 263,1	201 379,4	55 605,7
Одеська	161 686,6	41 868,8	206 740,9	59 194,4
Полтавська	152 762,5	31 704,7	202 704,5	49 058,5
Рівненська	164 939,8	47 493,5	210 447,1	63 552,8
Сумська	151 125,3	29 346,3	175 810,5	44 952,1
Тернопільська	180 298,4	48 918,5	187 565,9	53 040,9
Харківська	162 979,3	39 633,5	197 972,6	56 819,7
Херсонська	154 700,3	32 471,0	194 706,1	46 343,4
Хмельницька	173 718,5	36 669,4	202 762,6	57 870,2
Черкаська	166 987,5	44 800,7	192 473,9	52 432,9
Чернівецька	159 792,5	35 696,1	214 573,9	68 673,8
Чернігівська	182 866,5	45 732,0	215 441,9	61 617,4
м. Київ	0,0	0,0	235 176,7	70 154,8

Рівень поширеності хвороб та первинної захворюваності дорослого сільського населення країни вищий, ніж міського, за наступними класами хвороб: хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму, ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин, розлади психіки та поведінки, хвороби нервової системи, хвороби системи кровообігу, симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені під час лабораторних та клінічних досліджень. У структурі поширеності хвороб, як серед сільського, так і міського населення країни, у 2015 р. перше місце посідають хвороби системи кровообігу, друге місце належить хворобам органів дихання, третє – хворобам органів травлення. Структури захворюваності міського і сільського дорослого населення країни мають певні відмінності в розподілі рейтингових місць. Так, у сільських мешканців перше місце займає захворюваність на хвороби органів дихання, на другому місці – хвороби системи кровообігу і на третьому – хвороби сечостатевої системи, тоді як у міських дорослих мешканців на першому місці також хвороби органів дихання, але друге місце посідають хвороби сечостатевої системи, третє місце займають хвороби системи кровообігу (табл. 2.3.7).



**Рівень поширеності та захворюваності дорослого населення України за місцем мешкання (місто, село)  
та основними класами хвороб у 2015 р. (на 100 тис. відповідного населення)**

Клас хвороб	Село		Місто	
	поширеність	захворюваність	поширеність	захворюваність
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2 094,4	1 049,7	3 277,1	1 963,1
Новоутворення	3 899,6	705,9	5 159,4	1 082,7
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1 189,9	275,4	1 109,0	191,0
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	8 988,3	855,8	8 652,0	785,3
Розлади психіки та поведінки	4 847,8	304,4	4 032,4	291,3
Хвороби нервової системи	4 643,1	1 585,3	4 464,2	1 401,8
Хвороби ока та його придаткового апарату	6 207,8	2 527,8	8 986,0	3 270,4
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	2 110,9	1 462,5	3 210,2	2 283,9
Хвороби системи кровообігу	67 147,5	5 215,2	62 168,5	4 998,2
Хвороби органів дихання	20 591,6	14 904,0	21 855,3	15 353,0
Хвороби органів травлення	16 133,1	2 201,1	19 025,2	2 274,7
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	2 973,1	2 329,0	4 081,9	3 349,1
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	9 035,1	2 564,9	10 086,9	3 161,3
Хвороби сечостатевої системи	8 031,4	3 346,1	11 424,1	5 021,3
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	222,5	11,0	207,1	13,8
Симптоми, ознаки, відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	76,7	71,0	46,2	39,8
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	3 301,0	3 083,4	4 385,8	4 058,6

Аналіз поширеності хвороб та первинної захворюваності за статтю показав, що жінки мають більш високий рівень як поширеності хвороб (на 29,9%), так і первинної захворюваності (на 25,5%), ніж чоловіки нашої країни. До регіонів із найвищим рівнем поширеності захворювань серед чоловіків належать Дніпропетровська область (191163,2 на 100 тис. відповідного населення), м. Київ (187035,5 відповідно), Чернігівська область (178910,5); серед жінок найбільша поширеність хвороб спостерігається також у м. Київ (274737,3 на 100 тис. відповідного населення), Дніпропетровській (249428,4 відповідно) та Вінницькій (234577,0 відповідно) областях. Найвищі показники первинної захворюваності серед чоловіків зафіксовані у Дніпропетровській (62375,4 на 100 тис. відповідного населення) та Львівській (58474,9 відповідно) областях та у м. Києві (57445,6 відповідно). До регіонів з найвищим рівнем захворюваності жінок також належать Дніпропетровська область (80692,6 на 100 тис. відповідного населення), м. Київ (80598,8 відповідно) та Львівська область (69653,9 відповідно) (табл. 2.3.8).

Таблиця 2.3.8

**Рівень поширеності та захворюваності дорослого населення України за регіонами та статтю (чоловіки, жінки) у 2015 р. (на 100 тис. відповідного населення)**

Найменування	Чоловіки		Жінки	
	поширеність	захворюваність	поширеність	захворюваність
Україна	146 391,8	42 639,6	190 202,8	53 519,2
Вінницька	171 481,2	48 010,4	234 577,0	61 030,2
Волинська	149 492,3	46 428,6	197 446,8	59 424,5
Дніпропетровська	191 163,2	62 375,4	249 428,4	80 692,6
Донецька	134 614,1	35 804,3	183 090,0	42 470,0
Житомирська	143 103,4	36 383,4	194 954,5	49 453,7
Закарпатська	151 117,2	44 331,9	178 021,7	53 634,8
Запорізька	129 083,7	37 330,1	160 137,1	44 603,1
Івано-Франківська	162 125,9	58 513,8	208 724,5	75 906,4
Київська	175 770,4	48 015,6	218 404,9	55 504,6
Кіровоградська	167 590,6	44 323,2	192 025,6	48 401,6
Луганська	120 790,9	25 710,1	147 215,6	30 416,5
Львівська	145 423,7	58 474,9	183 420,1	69 653,9
Миколаївська	160 599,2	42 167,0	211 639,2	57 405,7
Одеська	158 430,1	45 348,8	221 104,1	60 691,7
Полтавська	162 616,0	38 922,9	200 454,8	45 182,4
Рівненська	166 986,2	50 469,7	204 806,9	59 621,6
Сумська	142 113,6	35 760,7	188 764,0	43 353,3
Тернопільська	170 064,9	47 821,8	194 762,9	53 183,4
Харківська	157 396,5	43 875,3	219 170,1	61 443,2
Херсонська	157 321,4	34 381,6	197 576,9	46 513,0
Хмельницька	166 679,2	44 548,2	208 982,4	51 678,0
Черкаська	155 567,6	43 253,4	202 230,8	53 845,4
Чернівецька	166 352,6	43 395,6	198 360,7	55 734,4
Чернігівська	178 910,5	51 503,1	223 195,2	59 278,0
м. Київ	187 035,5	57 445,6	274 737,3	80 598,8

У 2015 р. поширеність хвороб серед дорослого жіночого населення країни та показники первинної захворюваності вищі за такі у чоловіків майже за всіма класами хвороб, за винятком розладів психіки та поведінки, природжених вад розвитку та травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників, які переважають у чоловіків. У структурі поширеності хвороб і у чоловіків, і у жінок перше місце займають хвороби системи кровообігу, друге – хвороби органів дихання, третє – хвороби органів травлення. Структура первинної захворюваності дорослих чоловіків і жінок має певні спільні риси та відмінності. Так, перше місце в структурі захворюваності дорослих чоловіків і жінок займають хвороби органів дихання, третє місце належить хворобам кровообігу, друге місце у дорослих чоловіків займають травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників, а у дорослих жінок – хвороби сечостатевої системи (табл. 2.3.9).

Таблиця 2.3.9

**Рівень поширеності та захворюваності дорослого населення України за основними класами хвороб та статтю (чоловіки, жінки) у 2015 р. (на 100 тис. відповідного населення)**

Клас хвороб	Чоловіки		Жінки	
	поширеність	захворюваність	поширеність	захворюваність
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2 789,5	1 412,4	3 021,9	1 909,4
Новоутворення	3 338,0	743,5	5 959,7	1 152,9
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	528,2	111,9	1 632,2	302,9

Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	5 006,7	489,3	11 840,6	1 068,2
Розлади психіки та поведінки	6 046,2	380,2	2 826,8	225,4
Хвороби нервової системи	3 998,5	1 318,5	4 947,1	1 572,3
Хвороби ока та його придаткового апарату	7 369,0	2 810,9	8 774,8	3 236,3
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	2 845,8	1 985,5	2 899,8	2 073,5
Хвороби системи кровообігу	54 910,0	4 678,0	70 910,7	5 382,3
Хвороби органів дихання	20 233,5	14 221,7	22 489,1	16 035,3
Хвороби органів травлення	16 569,4	2 163,5	19 441,4	2 325,3
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3 728,8	2 982,8	3 756,9	3 084,2
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	8 454,6	2 853,1	10 847,0	3 083,9
Хвороби сечостатевої системи	5 024,7	1 568,5	14 809,8	6 934,3
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	220,3	14,9	204,7	11,4
Симптоми, ознаки, відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	48,1	43,7	61,5	53,9
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	5 280,5	4 861,2	3 046,6	2 856,1
<b>Україна</b>	<b>146 391,8</b>	<b>42 639,6</b>	<b>190 202,8</b>	<b>53 519,2</b>

Таким чином, отримані за результатами аналізу дані щодо здоров'я дорослого населення виявили низку особливостей в стані здоров'я вищезазначеної вікової категорії, свідчать про актуальність у майбутньому своєчасного виявлення патології, якісного її лікування для збереження працездатності дорослого населення та подовження активного довголіття у людей похилого віку, що передбачає активну роботу та відповідне навантаження на медичні заклади.

#### **2.4. Аналіз стану здоров'я населення працездатного віку**

Демографічна криза в Україні є віддзеркаленням соціальних процесів, що відбуваються у світі, а відтак вимагає концентрації дій, спрямованих на збереження здоров'я населення. Особливої уваги потребують питання оцінки стану здоров'я населення працездатного віку як головного трудового потенціалу країни, від чого залежать показники її економічного, соціально-культурного розвитку та національної безпеки.

Працюючі становлять половину населення світу і роблять основний внесок в економічний і соціальний розвиток країн. Їхнє здоров'я визначається не тільки тими ризиками, які присутні на робочому місці, але й соціальними та індивідуальними факторами, а також доступом до медико-санітарних послуг.

Незважаючи на наявність ефективних медико-санітарних заходів щодо профілактики професійних ризиків, охорони та зміцнення здоров'я на робочому місці, стан здоров'я працюючих і ступінь їх схильності до професійних ризиків варіюють у широких межах як між країнами, так і всередині країн. На даний час доступ до медичних служб гігієни праці має лише невелика частина світових трудових ресурсів.

Виховання громадської свідомості у ставленні до здоров'я не лише як до особистого надбання, але і як до надбання суспільства, тісно пов'язане з визначенням його тенденцій. У сучасних умовах постають нагальні проблеми щодо збереження людиною власного здоров'я. Актуалізація питань суспільного здоров'я зросла на тлі його соціальної значущості.

Шляхи збереження популяційного здоров'я ґрунтуються на наукових даних та знаннях законів його формування. У показниках здоров'я сконцентрована вся складна взаємодія чинників, що впливають на людину.

Кількісна та якісна характеристики патологічних станів значною мірою визначаються віком людини. Тому важливим є вивчення показників стану здоров'я окремо в осіб працездатного віку, що дає змогу виявити особливості формування здоров'я, які необхідно враховувати при організації медичної допомоги. Вивчення стану здоров'я населення цієї вікової категорії набуває особливого значення, оскільки збереження трудової активності є необхідною умовою для успішного виконання першочергових завдань як економічного, так і соціального розвитку країни.

У 2008 р. ВООЗ схвалила «Глобальний план дій з охорони здоров'я працюючих на 2008–2017 рр.». План дій зачіпає всі аспекти охорони здоров'я працюючих, включаючи первинну профілактику професійних ризиків, охорону і зміцнення здоров'я на робочому місці, умови зайнятості та більш чітке реагування систем охорони здоров'я на здоров'я працюючих. Цей план будується на деяких загальних принципах. Усі працюючі повинні мати можливість користуватися сприятливими умовами праці. Умови праці на робочому місці не повинні призводити до погіршення здоров'я і благополуччя. Пріоритет повинен надаватися первинній профілактиці професійних ризиків для здоров'я. З метою задоволення установами охорони потреб працюючого населення на комплексній основі повинні бути задіяні всі компоненти системи охорони здоров'я.

У Концепції наукового забезпечення розвитку охорони здоров'я України наголошується, що «вивчення медико-демографічних характеристик, тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед різних вікових груп населення є важливою складовою планування стратегічних напрямків розвитку галузі охорони здоров'я, основою для розробки ефективної науково обґрунтованої системи збереження і зміцнення здоров'я населення працездатного віку».

Отже, оцінка стану і тенденцій здоров'я населення є необхідною умовою для ефективної діяльності системи охорони здоров'я як основа для планування лікувально-профілактичних заходів, розробки організаційних форм і методів роботи органів і закладів охорони здоров'я, а також для контролю за ефективністю їх діяльності щодо збереження і зміцнення здоров'я населення працездатного віку.

Важливими показниками стану здоров'я населення є захворюваність і поширеність хвороб. Захворюваність характеризує можливість адаптації населення до чинників довкілля, а поширеність хвороб значною мірою відображає накопичення хронічної патології, і зростання цього показника зумовлено, у т.ч., й успіхами в лікуванні хвороб та подовженням тривалості життя хворих із гострими невідкладними станами.

Протягом 2010–2014 рр. рівень поширеності хвороб та первинної захворюваності працездатного населення України загалом мали тенденцію до зниження, але в 2015 р. обидва ці показники зросли відносно 2014 р. (поширеність на 1,3%, захворюваність на 0,7%). Слід зауважити, що загалом у 2015 р. рівень поширеності хвороб та первинної захворюваності працездатного населення був нижчим за показники 2011 р. (табл. 2.4.1).

Аналіз структури поширеності хвороб серед працездатного населення показав, що перші п'ять рейтингових місць посідають: хвороби системи кровообігу – 24,2% (33213,2 на 100 тис. відповідного населення), хвороби органів дихання – 18,1% (24833,7 відповідно),

хвороби органів травлення – 10,9% (15021,4), хвороби сечостатевої системи – 8,0% (10937,6), хвороби кістково-м'язової системи (7663,0) (рис. 2.4.1).

Таблиця 2.4.1

Динаміка поширеності та захворюваності працездатного населення України за період 2011–2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Найменування показника	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2015
Поширеність хвороб	148 371,4	147 000,8	147 394,7	135 706,2	137 437,6
Захворюваність населення	61 937,5	59 711,2	59 168,3	54 118,2	54 480,1

Протягом 2011–2015 рр. серед працездатного населення України триває тенденція до зниження поширеності деяких інфекційних та паразитарних хвороб відносно 2011 р. (на 18,26%, з 4348,4 у 2011 р. до 3554,5 у 2015 р. на 100 тис. відповідного населення) і травм, отруень та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників (на 15,9%, з 5447,0 до 4581,0 відповідно), при цьому спостерігається зростання рівня поширеності ендокринних хвороб з 6892,8 у 2011 р. до 7011,3 у 2015 р. (на 1,72%) та природжених вад розвитку з 363,0 до 379,2 відповідно (на 1,42%). Слід зауважити, що у 2015 р. по відношенню до 2014 р. відбулося зростання рівнів поширеності хвороб серед працездатного населення за більшістю класів хвороб, за винятком деяких інфекційних та паразитарних хвороб, хвороб крові, травм, отруень та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників. У структурі поширеності хвороб за останні п'ять років зросла частка новоутворень (з 2,1% в 2011 р. до 2,2% в 2015 р.), ендокринних хвороб (з 4,7% до 5,1% відповідно), хвороб нервової системи (з 3,7% до 3,9%), хвороб ока (з 4,7% до 4,8%), хвороб системи кровообігу (з 23,6% до 24,2%), хвороб органів травлення (з 10,7% до 10,9%), хвороб кістково-м'язової системи (з 5,5% до 5,6%), хвороб сечостатевої системи (з 7,8% до 9,0%) (табл. 2.4.2).

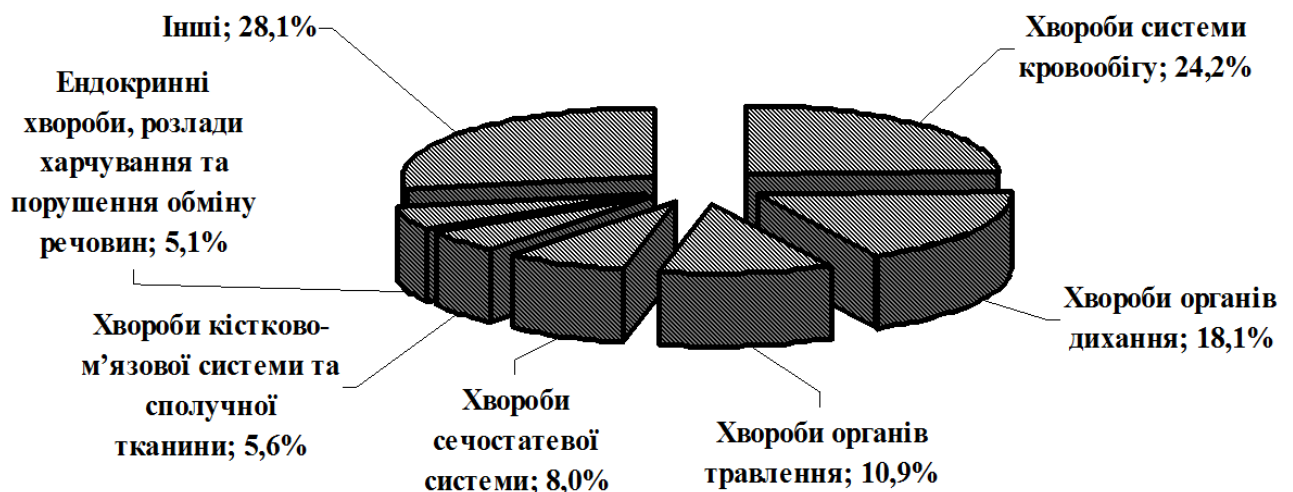


Рис. 2.4.1. Структура поширеності хвороб серед працездатного населення України за класами хвороб у 2015 р. (%)

Таблиця 2.4.2

**Динаміка показників та структури поширеності хвороб серед працездатного населення України  
за основними класами хвороб у 2011, 2014, 2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Клас хвороб	2011	%	2014	%	2015	%	2015/ 2011	2015/ 2014
Усі хвороби, у т.ч.:	148371,4	100	135706,2	100	137437,6	100	-7,37	1,28
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4348,4	2,9	3604,6	2,7	3 554,5	2,6	-18,26	-1,39
новоутворення	3063,4	2,1	2951,2	2,2	3 035,4	2,2	-0,91	2,85
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1224,7	0,8	1144,8	0,8	1 136,6	0,8	-7,19	-0,72
ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	6892,8	4,7	6836,0	5,0	7 011,3	5,1	1,72	2,56
розлади психіки та поведінки	5557,9	3,8	4795,7	3,5	4 807,7	3,5	-13,50	0,25
хвороби нервової системи	5500,0	3,7	5277,7	3,9	5 367,6	3,9	-2,41	1,70
хвороби ока та його придаткового апарату	7028,3	4,7	6455,6	4,8	6 562,3	4,8	-6,63	1,65
хвороби вуха та соскоподібного відростка	3074,6	2,1	2751,4	2,0	2 780,6	2,0	-9,56	1,06
хвороби системи кровообігу	35078,6	23,6	32 756,6	24,1	33 213,2	24,2	-5,32	1,39
хвороби органів дихання	27798,2	18,7	24 424,9	18,0	24 833,7	18,1	-10,66	1,67
хвороби органів травлення	15822,6	10,7	14 871,8	11,0	15 021,4	10,9	-5,06	1,01
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4780,9	3,2	4289,4	3,2	4 388,5	3,2	-8,21	2,31
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	8157,2	5,5	7525,1	5,6	7 663,0	5,6	-6,06	1,83
хвороби сечостатевої системи	11565,0	7,8	10 750,9	7,9	10 937,6	8,0	-5,42	1,74
природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	365,0	0,3	359,3	0,3	370,2	0,3	1,42	3,03
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	5447,0	2,9	4643,2	2,7	4 581,0	2,6	-15,90	-1,34

Найвищі рівні поширеності хвороб серед працездатного населення в 2015 р. спостерігалися у Дніпропетровській області (186722,0 на 100 тис. відповідного населення), м. Києві (175156,5 відповідно), Рівненській області (173106,4 відповідно). Вищий за загальноукраїнський показник поширеності хвороб виявлено у 21 регіоні України. Протягом 2011–2015 рр. у 13 областях країни тривала тенденція до збільшення рівня поширеності хвороб серед працездатного населення відносно 2011 р., у трьох регіонах відбувається зниження вищезазначеного показника (табл. 2.4.3).

Таблиця 2.4.3

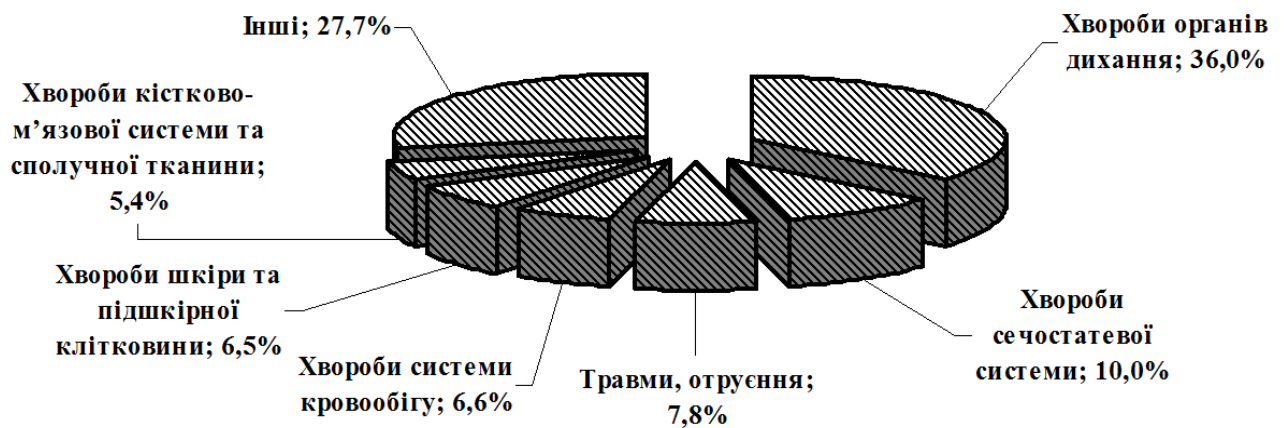
**Динаміка регіональних показників поширеності хвороб серед працездатного населення України  
у 2011, 2014, 2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни (%)	
	2011	2014	2015	2014 / 2010	2014 / 2013
<i>Область</i>					
Вінницька	184 924,4	167 212,9	168 941,3	-8,64	1,03
Волинська	156 087,7	150 867,1	152 173,0	-2,51	0,87
Дніпропетровська	178 496,9	185 643,3	186 722,0	4,61	0,58
Донецька	142 295,1	56 099,0	123 398,2	-13,28	119,97
Житомирська	123 714,0	127 232,4	129 952,7	5,04	2,14
Закарпатська	151 587,7	142 746,2	142 522,6	-5,98	-0,16

Запорізька	104 034,3	103 676,9	106 965,3	2,82	3,17
Івано-Франківська	166 228,8	168 656,4	170 345,9	2,48	1,00
Київська	162 064,4	160 660,4	166 293,7	2,61	3,51
Кіровоградська	143 247,2	147 401,1	148 401,6	3,60	0,68
Луганська	115 325,7	30 170,4	92 702,0	-19,62	207,26
Львівська	138 955,0	134 397,9	136 015,0	-2,12	1,20
Миколаївська	132 327,8	144 425,3	149 029,3	12,62	3,19
Одеська	154 532,1	151 276,2	150 294,4	-2,74	-0,65
Полтавська	146 214,2	138 099,8	141 172,2	-3,45	2,22
Рівненська	163 889,0	166 782,1	173 106,4	5,62	3,79
Сумська	123 443,6	125 782,5	129 467,7	4,88	2,93
Тернопільська	149 499,2	149 015,9	151 665,0	1,45	1,78
Харківська	158 866,4	147 760,8	147 776,3	-6,98	0,01
Херсонська	146 286,1	140 510,7	142 865,8	-2,34	1,68
Хмельницька	147 426,2	150 610,9	151 654,2	2,87	0,69
Черкаська	150 089,4	133 850,4	131 696,9	-12,25	-1,61
Чернівецька	171 696,4	169 264,0	172 342,6	0,38	1,82
Чернігівська	155 020,5	155 109,3	157 255,5	1,44	1,38
<i>Місто</i>					
Київ	175 243,3	173 847,8	175 156,5	-0,05	0,75
Україна	148 371,4	135 706,2	137 437,6	-7,37	1,28

У структурі первинної захворюваності працездатного населення перше місце займають хвороби органів дихання – 36,0% (19601,3 на 100 тис. відповідного населення), друге місце посіли хвороби сечостатевої системи – 10,0% (5425,5 відповідно), третє місце належить травмам та отруєнням – 7,8% (4242,9 відповідно), четверте місце займають хвороби системи кровообігу – 6,6% (3612,8 відповідно), п'яте місце посіли хвороби шкіри та підшкірної клітковини – 6,5% (3561,6 відповідно) (рис. 2.4.2, табл. 2.4.4).

За останні п'ять років у структурі захворюваності працездатного населення зросла частка новоутворень з 1,4% у 2011 р. до 1,5% у 2015 р., хвороб нервової системи – з 2,8% до 3,1% відповідно, хвороб ока та його придаткового апарату – з 4,9% до 5,1% відповідно, хвороб органів травлення з 4,1% до 4,5% – відповідно, хвороб шкіри та підшкірної клітковини – з 6,4% до 6,5% відповідно, хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини – з 5,3% до 5,4% відповідно, хвороб сечостатевої системи – з 9,4% до 10,0% відповідно. Також слід зазначити, що у 2015 р. відносно 2014 р. зросли рівні захворюваності працездатного населення за більшістю класів хвороб (табл. 2.4.4).



**Рис. 2.4.2. Структура захворюваності працездатного населення України за класами хвороб у 2015 р. (%)**

Таблиця 2.4.4

**Динаміка показників та структури захворюваності серед працездатного населення України за основними класами хвороб у 2011, 2014, 2015 рр. (на 100 тис. нас.)**

Клас хвороб	2011	%	2014	%	2015	%	2015/ 2011	2015/ 2014
Усі хвороби, у т.ч.:	61937,5	100	54 118,2	100	54 480,1	100	-12,04	0,67
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2587,0	4,2	2127,2	3,9	2 077,2	3,8	-19,71	-2,35
новоутворення	885,3	1,4	815,1	1,5	831,6	1,5	-6,07	2,02
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	280,8	0,5	265,1	0,5	262,0	0,5	-6,70	-1,17
ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	900,7	1,5	813,6	1,5	814,0	1,5	-9,63	0,05
розлади психіки та поведінки	437,4	0,7	331,7	0,6	334,0	0,6	-23,64	0,69
хвороби нервової системи	1749,1	2,8	1655,4	3,1	1 680,8	3,1	-3,90	1,53
хвороби ока та його придаткового апарату	3052,1	4,9	2744,6	5,1	2 797,6	5,1	-8,34	1,93
хвороби вуха та соскоподібного відростка	2351,8	3,8	2061,5	3,8	2 067,6	3,8	-12,08	0,30
хвороби системи кровообігу	4219,4	6,8	3611,0	6,7	3 612,8	6,6	-14,38	0,05
хвороби органів дихання	22513,2	36,4	19 416,3	35,9	19 601,3	36,0	-12,93	0,95
хвороби органів травлення	2567,1	4,1	2382,3	4,4	2 452,8	4,5	-4,45	2,96
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3985,8	6,4	3490,6	6,5	3 561,6	6,5	-10,64	2,03
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3254,6	5,3	2882,6	5,3	2 932,2	5,4	-9,91	1,72
хвороби сечостатевої системи	5831,8	9,4	5287,3	9,8	5 425,5	10,0	-6,97	2,61
природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	27,7	0,04	23,9	0,04	24,2	0,04	-12,64	1,26
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	5081,8	8,2	4319,2	8,0	4 242,9	7,8	-16,51	-1,77

Найвищі рівні первинної захворюваності працездатного населення України спостерігаються в Дніпропетровській області (81370,6 на 100 тис. відповідного населення), Івано-Франківській області (76972,8 відповідно), м. Києві (71934,7 відповідно). У 13 регіонах України показник захворюваності працездатного населення перевищує загальноукраїнський показник. В останні п'ять років відбувається зростання захворюваності у чотирьох областях України: у Миколаївській області на 3,02% до 2011 р. та 2,71% до 2014 р., Кіровоградській – на 2,39% та 3,2% відповідно, Запорізькій – на 0,7% та 3,83% відповідно, Житомирській – на 0,01% та 2,67% відповідно (табл. 2.4.5).

Таблиця 2.4.5

**Динаміка регіональних показників захворюваності працездатного населення України у 2011, 2014, 2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни	
	2011	2014	2015	2015 / 2011	2015 / 2014
<i>Область</i>					
Вінницька	73 230,2	61 653,8	62 348,4	-14,86	1,13
Волинська	63 725,8	59 766,7	60 034,9	-5,79	0,45
Дніпропетровська	80 765,8	82 245,9	81 370,6	0,75	-1,06
Донецька	56 738,1	20 699,8	45 004,9	-20,68	117,42



Житомирська	52 036,4	50 684,8	52 040,2	0,01	2,67
Закарпатська	55 644,9	51 705,1	52 162,0	-6,26	0,88
Запорізька	46 236,3	44 839,9	46 558,6	0,70	3,83
Івано-Франківська	76 227,6	77 472,4	76 972,8	0,98	-0,64
Київська	61 971,5	58 221,5	60 558,2	-2,28	4,01
Кіровоградська	53 677,9	53 256,7	54 963,0	2,39	3,20
Луганська	49 763,7	11 378,5	33 339,0	-33,01	193,00
Львівська	72 352,8	69 270,6	69 107,7	-4,49	-0,24
Миколаївська	52 985,5	53 143,7	54 585,1	3,02	2,71
Одеська	63 820,5	58 880,1	58 116,4	-8,94	-1,30
Полтавська	52 874,9	47 951,0	48 667,0	-7,96	1,49
Рівненська	66 899,2	64 811,6	66 234,2	-0,99	2,19
Сумська	47 465,8	45 140,1	47 042,5	-0,89	4,21
Тернопільська	61 206,7	57 039,3	58 391,4	-4,60	2,37
Харківська	67 548,9	59 452,0	58 887,5	-12,82	-0,95
Херсонська	53 768,8	45 396,4	45 507,1	-15,37	0,24
Хмельницька	54 229,9	52 974,5	53 950,7	-0,51	1,84
Черкаська	63 579,6	56 309,9	54 497,0	-14,29	-3,22
Чернівецька	64 727,0	57 594,6	57 204,1	-11,62	-0,68
Чернігівська	61 736,4	59 486,7	61 615,4	-0,20	3,58
<i>Місто</i>					
Київ	79 132,1	71 795,0	71 934,7	-9,10	0,19
Україна	61 937,5	54 118,2	54 480,1	-12,04	0,67

Таким чином, державна політика у сфері охорони здоров'я повинна бути спрямована на посилення профілактики та забезпечення раннього виявлення захворювань, підвищення якості медичної допомоги та доступності медичних послуг, поліпшення ефективності державного фінансування та створення стимулів для здорового способу життя населення та здорових умов праці.

## 2.5. Характеристика стану здоров'я населення старших вікових груп

Постаріння населення є закономірним біологічним процесом, з яким пов'язане зростання вразливості організму та ймовірність його смерті. Майже в кожній країні частка людей у віці старше 60 років зростає швидше порівняно з будь-якою іншою віковою групою як в результаті зростання очікуваної тривалості життя, так і внаслідок зниження коефіцієнтів народжуваності. За даними ВООЗ, у всьому світі відбувається швидке старіння населення: за період з 2015 по 2050 рр. частка людей старше 60 років у населенні світу майже подвоїться – з 12% до 22%, таким чином, очікується збільшення числа людей старше 60 років з 900 млн до 2 млрд осіб. Велика частина цього збільшення відбувається в менш розвинених країнах, де до 2050 р. число людей похилого віку збільшиться з 400 мільйонів до 1,7 млрд осіб.

Демографічні зміни, що пов'язані зі старінням, мають ряд наслідків для громадської охорони здоров'я. Гарне здоров'я має надзвичайно важливе значення для людей більш старшого віку для того, щоб залишатися незалежними і брати активну участь у житті сім'ї і суспільства. Зміцнення здоров'я і заходи з профілактики хвороб протягом усього життя можуть запобігти або відстрочити виникнення неінфекційних і хронічних хвороб, таких як хвороби серця, інсульт, рак, тощо. Але ці хвороби також необхідно виявляти і лікувати на ранніх стадіях з тим, щоб мінімізувати їх наслідки, а людям із захворюваннями у занедбаних стадіях потрібні відповідні послуги з догляду та підтримки протягом тривалого часу.

Сучасна концепція системи охорони здоров'я – це здорове старіння, яке вимагає всебічних невідкладних дій як з боку держави, так і системи охорони здоров'я щодо старіння. Досягненню цього можуть допомогти чотири пріоритетні напрями для дій: узгодження систем охорони здоров'я із потребами літніх людей; розробка систем довгострокової допомоги; створення сприятливих умов для людей похилого віку; поліпшення вимірювання, моніторингу та розуміння. Здорове старіння населення можна вважати успіхом політики громадської охорони здоров'я і соціально-економічного розвитку, але це також ставить перед суспільством складні завдання адаптації, щоб максимально зміцнити здоров'я і розширити функціональні можливості для літніх людей, а також їх соціальну участь і безпеку. Уряди країн повинні проводити політику, що дозволяє літнім людям продовжувати свою участь у суспільному житті і не допускати посилення несправедливості, яка часто зумовлює погане здоров'я в літньому віці. Урахування потреб літніх людей у рамках систем охорони здоров'я також буде мати вирішальне значення. Для цього буде потрібно зрушення від систем, що орієнтовані на лікування гострих захворювань, до систем, здатних надавати безперервну допомогу людям із хронічними станами, які найбільше розповсюджені в літньому віці. Слід пам'ятати, що в той час, як деяким людям похилого віку потрібні догляд і підтримка, численні групи населення похилого віку роблять найрізноманітніший внесок на рівні окремих сімей, місцевих громад і суспільства в ширшому сенсі. Цей внесок значно перевершує будь-які інвестиції, які можуть знадобитися для медичного обслуговування, тривалого догляду та соціального забезпечення, необхідних літнім людям, тому політику потрібно спрямовувати не на стримування витрат, а на надання літнім людям можливостей, які дозволяли б їм займатися тим, що для них важливе.

Протягом 2011–2015 рр. спостерігається зниження як рівня поширеності хвороб серед населення України старших вікових груп на 10,62% відносно 2011 р. (254472,8 на 100 тис. відповідного населення), так і захворюваності населення старших вікових груп на 12,99% відносно 2011 р. (44387,9 на 100 тис. відповідного населення) (табл. 2.5.1).

Таблиця 2.5.1

**Динаміка поширеності та захворюваності населення України старших вікових груп за період 2011–2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Показник	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2015
Поширеність хвороб	284 724,3	283 266,8	281 513,4	255 081,8	254 472,8
Захворюваність населення	51 016,3	49 734,0	49 369,0	44 730,5	44 387,9

У 16 областях України за підсумками 2015 р. спостерігається перевищення загальноукраїнського рівня поширеності хвороб серед населення старших вікових груп. Найвищі рівні поширеності хвороб зафіксовано у м. Києві (401807,5 на 100 тис. відповідного населення), Дніпропетровській (311280,8) та Харківській (300556,9 відповідно) областях. У 14 регіонах показники захворюваності старших вікових груп також вищі за загальноукраїнський показник захворюваності даної вікової категорії. Найвищі рівні сформовано у м. Києві (74742,7 на 100 тис. відповідного населення), Львівській (63066,5) та Дніпропетровській (61971,5) областях (табл. 2.5.2).

Регіональний розріз рангових показників поширеності хвороб та захворюваності серед населення України старшого віку у 2015 р. (на 100 тис. нас.)

Адміністративно-територіальна одиниця	Поширеність	Адміністративно-територіальна одиниця	Захворюваність
Луганська	219 464,8	Луганська	23 621,5
Чернівецька	225 079,2	Сумська	33 982,5
Запорізька	236 133,2	Донецька	35 094,0
Закарпатська	238 410,7	Житомирська	36 736,4
Донецька	243 571,4	Полтавська	36 860,9
Івано-Франківська	249 034,6	Кіровоградська	38 683,4
Волинська	249 638,3	Херсонська	38 829,1
Львівська	251 722,9	Запорізька	38 876,9
Рівненська	252 218,4	Чернівецька	43 778,7
Україна	254 472,8	Рівненська	44 060,9
Кіровоградська	255 678,6	Тернопільська	44 121,8
Сумська	256 701,2	Україна	44 387,9
Херсонська	268 468,9	Волинська	45 920,2
Тернопільська	270 835,2	Хмельницька	46 744,8
Житомирська	278 847,1	Київська	47 008,5
Полтавська	280 624,1	Черкаська	47 768,1
Хмельницька	282 341,6	Закарпатська	49 332,5
Миколаївська	285 728,4	Миколаївська	49 885,3
Черкаська	291 391,4	Вінницька	50 542,7
Вінницька	296 381,5	Чернігівська	51 376,5
Київська	296 700,7	Харківська	51 739,7
Чернігівська	297 861,3	Одеська	52 291,7
Одеська	298 973,3	Івано-Франківська	60 967,7
Харківська	300 556,9	Дніпропетровська	61 971,5
Дніпропетровська	311 280,8	Львівська	63 066,5
м. Київ	401 807,5	м. Київ	74 742,7

Слід зазначити, що за останні п'ять років у сімох регіонах країни реєструється зростання рівнів поширеності хвороб серед населення старших вікових груп як відносно 2011 р., так і 2014 р.: у Житомирській області на 9,8% відносно 2011 р., у Київській області на 2,62% відповідно, у Кіровоградській області на 4,55%, у Полтавській області на 1,44%, у Сумській області на 4,64%, в Хмельницькій області на 2,64%, у Чернігівській області на 7,44%; у 12 областях спостерігається зниження рівня поширеності хвороб серед осіб даної вікової категорії (табл. 2.5.3).

Динаміка регіональних показників поширеності хвороб серед населення України старших вікових груп у 2011, 2014 та 2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни	
	2011	2014	2015	2015 / 2011	2015 / 2014
Україна	284 724,3	255 081,8	254 472,8	-10,62	-0,24
Вінницька	311 194,8	296 749,2	296 381,5	-4,76	-0,12
Волинська	263 834,8	254 108,9	249 638,3	-5,38	-1,76
Дніпропетровська	315 946,4	307 302,7	311 280,8	-1,48	1,29
Донецька	264 624,2	110 817,4	243 571,4	-7,96	119,80
Житомирська	253 967,5	272 268,5	278 847,1	9,80	2,42
Закарпатська	258 954,8	245 780,3	238 410,7	-7,93	-3,00
Запорізька	244 715,4	239 022,0	236 133,2	-3,51	-1,21
Івано-Франківська	257 993,9	254 460,7	249 034,6	-3,47	-2,13

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Київська	289 117,3	291 189,4	296 700,7	2,62	1,89
Кіровоградська	244 548,6	245 179,0	255 678,6	4,55	4,28
Луганська	242 284,0	71 640,3	219 464,8	-9,42	206,34
Львівська	260 759,9	256 316,8	251 722,9	-3,47	-1,79
Миколаївська	282 673,9	286 774,8	285 728,4	1,08	-0,36
Одеська	317 013,2	304 123,8	298 973,3	-5,69	-1,69
Полтавська	276 645,9	275 316,1	280 624,1	1,44	1,93
Рівненська	242 197,6	253 348,5	252 218,4	4,14	-0,45
Сумська	245 326,6	251 857,7	256 701,2	4,64	1,92
Тернопільська	269 614,0	273 269,0	270 835,2	0,45	-0,89
Харківська	315 397,1	301 723,4	300 556,9	-4,71	-0,39
Херсонська	269 695,6	265 336,4	268 468,9	-0,45	1,18
Хмельницька	275 092,7	281 568,2	282 341,6	2,64	0,27
Черкаська	320 256,5	300 256,8	291 391,4	-9,01	-2,95
Чернівецька	236 243,4	231 432,6	225 079,2	-4,73	-2,75
Чернігівська	277 230,9	290 153,9	297 861,3	7,44	2,66
м. Київ	434 848,1	412 085,9	401 807,5	-7,60	-2,49

Протягом 2011–2015 рр. у сімох областях України спостерігається зростання рівня захворюваності населення старших вікових груп відносно 2011 р. та 2014 р.: у Чернігівській області на 2,7% відносно 2011 р., у Хмельницькій області на 0,2%, у Сумській області на 3,5%, у Кіровоградській області на 8,6%, у Дніпропетровській області на 1,04%. У 15 областях показники захворюваності старших вікових груп мають тенденцію до зниження як порівняно з 2011 р., так і 2014 р. (табл. 2.5.4).

Таблиця 2.5.4

**Динаміка регіональних показників захворюваності населення України старших вікових груп у 2011, 2014 та 2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни	
	2011	2014	2015	2015 / 2011	2015 / 2014
Україна	51 016,3	44 730,5	44 387,9	-12,99	-0,77
Вінницька	59 633,3	52 170,5	50 542,7	-15,24	-3,12
Волинська	50 933,8	47 341,3	45 920,2	-9,84	-3,00
Дніпропетровська	61 333,1	60 057,1	61 971,5	1,04	3,19
Донецька	41 387,8	15 661,1	35 094,0	-15,21	124,08
Житомирська	34 443,3	35 462,9	36 736,4	6,66	3,59
Закарпатська	56 953,2	50 811,6	49 332,5	-13,38	-2,91
Запорізька	42 832,2	41 047,7	38 876,9	-9,23	-5,29
Івано-Франківська	64 166,2	62 102,1	60 967,7	-4,98	-1,83
Київська	46 023,6	45 352,4	47 008,5	2,14	3,65
Кіровоградська	35 620,0	34 823,0	38 683,4	8,60	11,09
Луганська	32 274,5	8 005,7	23 621,5	-26,81	195,06
Львівська	71 958,9	65 018,1	63 066,5	-12,36	-3,00
Миколаївська	49 293,1	50 916,6	49 885,3	1,20	-2,03
Одеська	57 747,3	52 653,5	52 291,7	-9,45	-0,69
Полтавська	37 397,6	35 972,9	36 860,9	-1,44	2,47
Рівненська	46 320,7	45 144,6	44 060,9	-4,88	-2,40
Сумська	32 829,8	33 278,1	33 982,5	3,51	2,12
Тернопільська	45 959,4	45 081,8	44 121,8	-4,00	-2,13
Харківська	60 887,6	52 823,5	51 739,7	-15,02	-2,05
Херсонська	49 633,1	41 332,1	38 829,1	-21,77	-6,06
Хмельницька	46 651,5	45 432,4	46 744,8	0,20	2,89
Черкаська	54 923,6	50 901,2	47 768,1	-13,03	-6,16
Чернівецька	49 455,2	44 872,3	43 778,7	-11,48	-2,44
Чернігівська	50 023,2	50 993,9	51 376,5	2,71	0,75
м. Київ	85 629,4	76 860,6	74 742,7	-12,71	-2,76

У структурі поширеності хвороб серед населення старших вікових груп у 2015 р., як і в попередні роки, перше місце займають хвороби системи кровообігу – 50,6% (128631,5 на 100 тис. відповідного населення), друге місце посідають хвороби органів травлення – 10,2% (25889,1), третє місце належить хворобам органів дихання – 8,0% (20424,9), четверте місце – хворобам кістково-м'язової системи – 6,1% (15513,0), п'яте – ендокринним хворобам – 5,4% (13641,8) (рис. 2.5.1).

За останні п'ять років серед населення старших вікових груп відбулося зниження показників поширеності деяких інфекційних та паразитарних хвороб на 19,8% відносно 2011 р., хвороб ока та його придаткового апарату – на 14,08% відповідно, хвороб системи кровообігу – на 12,77%, хвороб шкіри та підшкірної клітковини – на 10,39%, травм та отруень – на 13,89% відповідно. Слід зазначити, що у 2015 р. порівняно з 2014 р. спостерігалось зростання поширеності хвороб серед населення старших вікових груп за 10 класами хвороб (табл. 2.5.5).

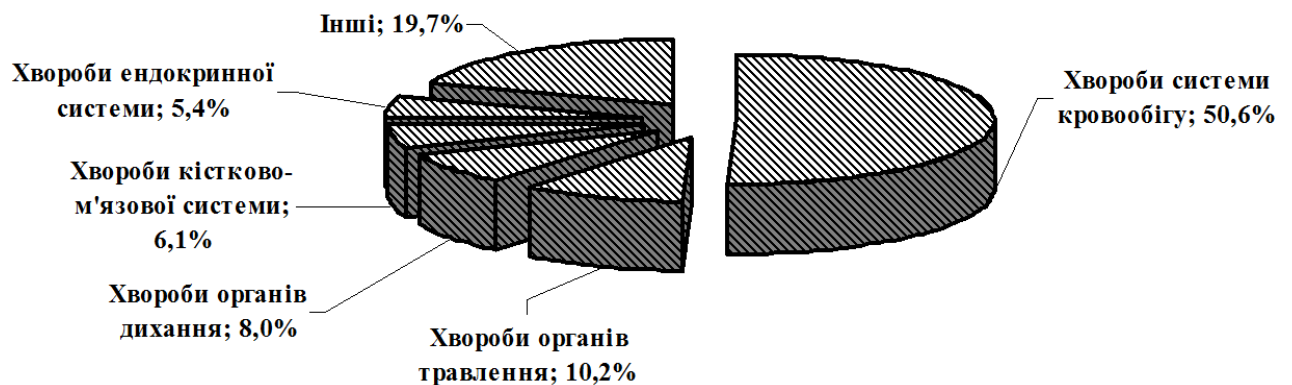


Рис. 2.5.1. Структура поширеності хвороб серед населення України старших вікових груп за класами хвороб у 2015 р. (%)

Таблиця 2.5.5  
Динаміка показників поширеності хвороб за основними класами хвороб серед населення України старших вікових груп у 2011, 2014 та 2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Клас хвороб	Рік			Зміни	
	2011	2014	2015	2015/2011	2015/2014
Усі хвороби, у т.ч.:	284 724,3	255 081,8	254 472,8	-10,62	-0,24
деякі інфекційні та паразитарні хвороби новоутворення	2 140,8	1 779,0	1 716,9	-19,80	-3,49
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1 377,5	1 261,1	1 270,1	-7,80	0,71
ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	13 769,4	13 325,5	13 641,8	-0,93	2,37
розлади психіки та поведінки	3 568,1	3 147,5	3 152,7	-11,64	0,17
хвороби нервової системи	3 548,4	3 490,3	3 503,4	-1,27	0,38
хвороби ока та його придаткового апарату	14 955,0	13 148,3	12 849,8	-14,08	-2,27
хвороби вуха та соскоподібного відростка	3 876,0	3 323,8	3 329,6	-14,10	0,17
хвороби системи кровообігу	147 465,1	129 686,0	128 631,5	-12,77	-0,81
хвороби органів дихання	21 824,7	20 398,3	20 424,9	-6,41	0,13
хвороби органів травлення	27 101,6	25 734,5	25 889,1	-4,47	0,60
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3 373,9	3 050,5	3 023,4	-10,39	-0,89
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	16 890,7	15 477,4	15 513,0	-8,16	0,23
хвороби сечостатевої системи	10 193,8	9 434,0	9 492,4	-6,88	0,62

травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	3 848,3	3 323,2	3 313,9	-13,89	-0,28
--	---------	---------	---------	--------	-------

У структурі поширеності хвороб серед населення старшого віку в 2015 р. порівняно із попередніми роками збільшилась питома вага класу новоутворень, ендокринних хвороб, хвороб нервової системи, хвороб органів дихання, хвороб органів травлення, хвороб кістково-м'язової системи та хвороб сечостатевої системи (табл. 2.5.6).

Таблиця 2.5.6

Динаміка частки основних класів хвороб у структурі поширеності хвороб серед населення України старшого віку за період 2011–2015 рр. (%)

Клас хвороб	Рік, питома вага, %				
	2011	2012	2013	2014	2015
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7
Новоутворення	3,2	3,20	3,2	3,3	3,4
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	4,8	4,9	5,1	5,2	5,4
Розлади психіки та поведінки	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2
Хвороби нервової системи	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4
Хвороби ока та його придаткового апарату	5,3	5,3	5,3	5,2	5,1
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	1,36	1,37	1,36	1,30	1,3
Хвороби системи кровообігу	51,8	52,1	51,8	50,8	50,6
Хвороби органів дихання	7,7	7,70	7,6	8,0	8,0
Хвороби органів травлення	9,5	9,6	9,6	10,1	10,2
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	6,0	6,0	6,0	6,1	6,1
Хвороби сечостатевої системи	3,6	3,6	3,6	3,70	3,7
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3

Аналіз структури первинної захворюваності населення старших вікових груп показав, що перші п'ять місць посідають: хвороби органів дихання – 25,5% (11315,7 на 100 тис. відповідного населення), хвороби системи кровообігу – 18,4% (8148,2), хвороби ока та його придаткового апарату – 8,8% (3905,2), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – 7,6% (3365,3), травми та отруєння – 7,0% (3103,1) (рис. 2.5.2).

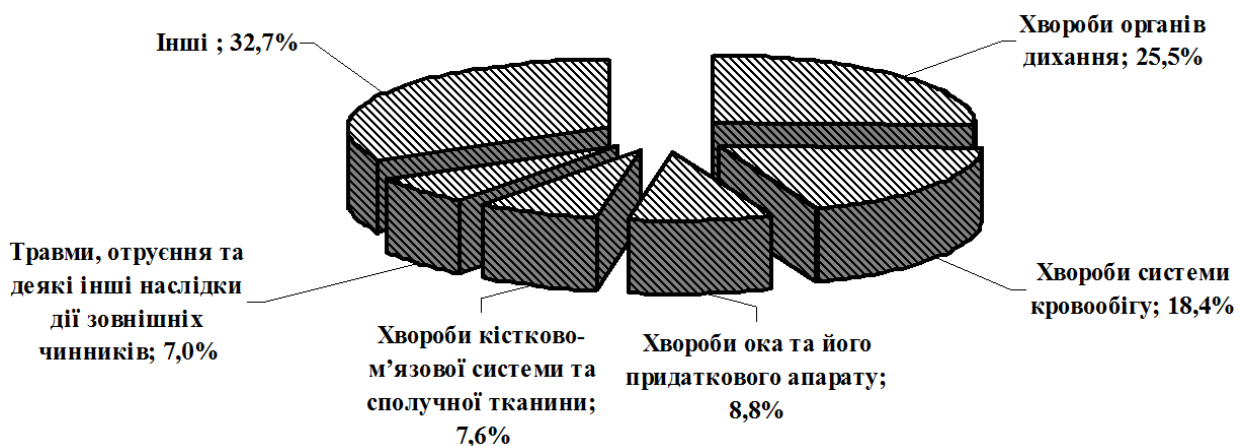


Рис. 2.5.2. Структура захворюваності населення України старших вікових груп за класами хвороб у 2015 р. (%)

За результатами аналізу динаміки показників первинної захворюваності населення України старших вікових груп виявлено зменшення рівнів захворюваності за всіма основними класами хвороб порівняно з 2011 р. (табл. 2.5.7).

Таблиця 2.5.7

Динаміка показників захворюваності за основними класами хвороб серед населення України старших вікових груп у 2011 2014, 2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Клас хвороб	Рік			Зміни	
	2011	2014	2015	2015 / 2011	2015 / 2014
Усі хвороби, у т.ч.:	51 016,3	44 730,5	44 387,9	-12,99	-0,77
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	1 230,2	1 062,6	1 043,5	-15,18	-1,80
новоутворення	1 431,4	1 271,3	1 271,7	-11,16	0,03
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	205,5	179,0	184,0	-10,46	2,79
ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	1 185,1	1 035,8	996,2	-15,94	-3,82
розлади психіки та поведінки	322,6	234,0	233,2	-27,71	-0,34
хвороби нервової системи	1 216,1	1 161,7	1 171,7	-3,65	0,86
хвороби ока та його придаткового апарату	4 543,3	3 963,9	3 905,2	-14,04	-1,48
хвороби вуха та соскоподібного відростка	2 493,7	2 158,9	2 170,7	-12,95	0,55
хвороби системи кровообігу	10 045,9	8 438,3	8 148,2	-18,89	-3,44
хвороби органів дихання	12 458,5	11 134,9	11 315,7	-9,17	1,62
хвороби органів травлення	2 453,1	2 214,5	2 215,9	-9,67	0,06
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	2 842,0	2 508,8	2 475,6	-12,89	-1,32
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3 801,2	3 445,6	3 365,3	-11,47	-2,33
хвороби сечостатевої системи	3 074,1	2 690,4	2 688,8	-12,53	-0,06
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	3 588,3	3 125,6	3 103,1	-13,52	-0,72

У 2015 р. у структурі первинної захворюваності населення старших вікових груп відносно 2014 р. збільшилась частка класу новоутворень до 2,9%, хвороб вуха та соскоподібного відростка – до 4,9%, хвороб органів дихання – до 25,5%, хвороб сечостатевої системи – до 6,1% (табл. 2.5.8).

Таблиця 2.5.8

Динаміка частки основних класів хвороб у структурі захворюваності населення України старшого віку за період 2011–2015 рр. (%)

Клас хвороб	Рік, питома вага, %				
	2011	2012	2013	2014	2015
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2,4	2,5	2,5	2,4	2,4
Новоутворення	2,8	2,9	3,0	2,8	2,9
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	2,3	2,5	2,5	2,3	2,2
Розлади психіки та поведінки	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5
Хвороби нервової системи	2,4	2,4	2,4	2,6	2,6
Хвороби ока та його придаткового апарату	8,9	9,1	9,2	8,9	8,8
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	4,9	5,0	5,0	4,8	4,9
Хвороби системи кровообігу	19,7	20,0	19,8	18,9	18,4
Хвороби органів дихання	24,4	23,2	23,1	24,9	25,5
Хвороби органів травлення	4,8	4,8	4,7	5,0	5,0
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	5,6	5,6	5,7	5,6	5,6

Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	7,5	7,5	7,6	7,7	7,6
Хвороби сечостатевої системи	6,0	6,1	6,2	6,0	6,1
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	7,0	7,3	7,2	7,0	7,0

Таким чином, стан здоров'я літніх людей в Україні залишається актуальною медико-соціальною проблемою, яка потребує міжсекторальних загальнонаціональних зусиль для реалізації заходів із надання належної та своєчасної медичної допомоги на всіх її рівнях.

## 2.6. Динаміка стану репродуктивного здоров'я населення

Репродуктивне здоров'я як категорія громадського здоров'я є одним з основних критеріїв ефективності соціальної та економічної міжвідомчої політики держави, чинником національної безпеки. Основною передумовою забезпечення належної охорони громадського здоров'я в цілому є ефективна система охорони репродуктивного здоров'я населення з обов'язковим урахуванням економічної, екологічної, макро- та мікросоціальної ситуації, трудових відносин та багатьох інших факторів.

Незважаючи на те, що кожна країна має свої специфічні особливості правового забезпечення репродуктивного здоров'я, ця проблема не є вузьконаціональною. У зв'язку з цим були розроблені міжнародні стратегії дій для урядів усіх країн, неурядових і громадських організацій у сфері зміцнення репродуктивного здоров'я.

Основні принципи стосовно охорони репродуктивного здоров'я покладені в основу стратегії для всіх країн європейського регіону ВООЗ: «Здоров'я-21: Основи політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ», яка містить 21 задачу. Задачею 3 цієї політики – здоровий початок життя – передбачено забезпечення всіма державами регіону поліпшення доступу населення до служб репродуктивного здоров'я, служб допологової та перинатальної допомоги. Однією із стратегій поліпшення стану репродуктивного здоров'я жінок є право на безпечне материнство. У травні 2004 р. п'ятдесять сьомою сесією Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (ВАОЗ) була прийнята Перша глобальна стратегія ВООЗ у сфері репродуктивного здоров'я. Глобальною стратегією передбачено п'ять основних аспектів охорони репродуктивного і сексуального здоров'я: поліпшення допологової, перинатальної, післяпологової допомоги і допомоги новонародженим; надання високоякісних послуг у сфері планування сім'ї, включаючи служби, пов'язані з безпліддям; ліквідація небезпечних абортів; боротьба з інфекціями, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ-інфекцію, інфекції статевих шляхів, рак шийки матки.

Ці стратегії мають обов'язкову юридичну силу з огляду на Міжнародне право для країн, що підписали ці документи та ратифікували їх, містять низку прав, які можуть розглядатися самостійно або у поєднанні з іншими правами і призначені захищати репродуктивні права та охороняти репродуктивне здоров'я.

В основу національних стратегій щодо охорони репродуктивного здоров'я покладено завдання і принципи, рекомендовані міжнародними стратегіями.

Складовою загальної політики є Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року, затверджена постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року» від 27.12.2006 №1849, прикінцевою метою якої визначено поліпшення репродуктивного здоров'я населення



України як важливої складової загального здоров'я, впливу на демографічну ситуацію та забезпечення соціально-економічного потенціалу країни. Індикаторами досягнення цієї мети до 2015 р. визначені: зниження рівня малюкової смертності на 20%, смертності новонароджених від синдрому дихальних розладів – на 20%, збільшення кількості дітей, які перебувають на грудному вигодовуванні до шести місяців – до 60%.

Особливістю репродуктивного здоров'я є його висока демографічна значущість (оскільки саме новонароджені діти визначають потенціал здоров'я населення) і соціальна обумовленість – залежність внутрішньоутробного і раннього постнатального розвитку від якості життя в соціумі і здоров'я сім'ї.

Демографічна ситуація в сучасній Україні залишається несприятливою, як в кількісному відношенні (зменшення чисельності населення і, як наслідок, надвисока смертність при низькій народжуваності), так і в якісному (зниження очікуваної тривалості життя, демографічне старіння населення, збільшення захворюваності всіх категорій населення, зокрема дітей). В умовах прогнозованого подальшого зниження чисельності населення України, посилення негативної динаміки його вікової структури і зростання економічного навантаження на працездатне населення, найважливішою проблемою демографічної політики і необхідною умовою забезпечення національної безпеки країни є підвищення репродуктивного потенціалу і збереження здоров'я покоління, що народжується.

Репродуктивний потенціал – це рівень фізичного і психічного стану окремої людини (комплексний індивідуальний показник, що відбиває єдність біологічного і соціального стану індивідуума), який в оптимальному випадку дозволяє відтворювати здорове потомство і забезпечувати баланс репродуктивного здоров'я. Оптимальний випадок настає тоді, коли негативний вплив медико-соціальних чинників ризику репродуктивного потенціалу зведений до мінімуму і біологічні резерви організму високі. Вважається, що характеризувати репродуктивне здоров'я з позиції оцінки репродуктивного потенціалу доречно при розгляді як дитячого населення, так і населення фертильного віку.

Узагальнені індекси, що характеризують стан репродуктивного потенціалу, поки не розроблені, тому більшість авторів екстраполюють методологію досліджень громадського здоров'я на область репродуктивного здоров'я і розглядають лише окремі його складові, зокрема:

- демографічні показники (загальні і спеціальні коефіцієнти природного руху населення, дитяча і перинатальна смертність, материнська смертність);
- деякі показники, що характеризують стан репродуктивного здоров'я населення (частота екстрагенітальної патології вагітних, характер гестаційних ускладнень і ускладнень родового акту, частота безпліддя в браку, поширеність генітальної і екстрагенітальної патології, частота порушень сексуального здоров'я, поширеність ППСШ);
- санітарно-статистичні дані про поширеність використання тих або інших методів контрацепції і частота штучних переривань вагітності.

Перемога демократичних принципів у політиці призвела до побудови основ громадянського суспільства в країні. Водночас надто швидка трансформація політичної, економічної та соціальної сфер життя призвела до глибокої соціально-економічної кризи, яка вразила усі верстви населення. Непристосованість основної маси населення до цих умов, тривалі воєнні дії та різке падіння рівня життя зумовили сталу динаміку несприятливої

демографічної ситуації, спричинили погіршення стану здоров'я населення, у т.ч. і репродуктивного.

На сучасному етапі стан репродуктивного здоров'я нації все ще не відповідає міжнародним стандартам і характеризується низьким рівнем народжуваності на тлі високого рівня основних складових загрози репродукції особи – безпліддя, мертвонароджуваності, спонтанних абортів, природжених вад розвитку, материнської і малюкової смертності. Ситуація, що склалася, зумовлює необхідність посилення інтегрованого підходу до вирішення соціальних, поведінкових, біологічних проблем, що впливають на формування і зміцнення репродуктивного здоров'я, та впровадження сучасних медико-організаційних технологій репродуктивного здоров'я, які ґрунтуються на доказах.

Сьогодні жінки становлять біля 50% світового населення і біля 54% населення України. Здоров'я жінок має важливе значення як для відтворення населення, так і збереження життя і здоров'я нових поколінь, формування трудового, інтелектуального, оборонного потенціалу країни.

Негативні тенденції у відтворенні населення нашої країни, що обумовили негативний демографічний приріст, починаючи з 1991 р. призвели до різкого зниження народжуваності, яка з 2002 р. набула тенденції до зростання до 2012 р. з подальшою тенденцією до зниження. Такий стан справ загрожує національній безпеці України, оскільки сумарний показник народжуваності в країні залишається нижче межі простого відтворення населення, необхідного для підтримки стабільної кількості працездатного населення. В умовах прогнозованого подальшого зниження чисельності населення України, посилення негативної динаміки його вікової структури і зростання економічного навантаження на працездатне населення найважливішою проблемою демографічної політики і необхідною умовою забезпечення національної безпеки країни є підвищення репродуктивного потенціалу і збереження здоров'я покоління, що народжується. При цьому очевидно, що для подолання демографічної кризи в країні і зміцнення громадського здоров'я необхідно зменшити негативні тенденції репродуктивного процесу, у т.ч. і за рахунок поліпшення загального та репродуктивного здоров'я жінок України. До медичних факторів народжуваності належать вік матері до 18 і після 35 років, короткий інтервал між вагітностями, екстрагенітальні захворювання, недостатній фізичний розвиток, а також стан репродуктивного здоров'я.

Частота пологів за останні п'ять років мала тенденцію до зростання у дівчаток і жінок: у дівчат до 14 років 0,12 у 2011 р. та 0,13 у 2015 р., у дівчат-підлітків 15–17 років – 9,61 та 9,84, жінок 18–34 років – 75,85 і 74,22, у жінок 35 років і старших – 7,9 та 9,02 на 1000 жіночого населення відповідного віку. Викликає занепокоєння тенденція до зростання народжуваності у дівчаток і дівчат-підлітків і жінок 35 років і старших, оскільки ця динаміка відбулася на тлі все ще високого рівня захворюваності дітей, у т.ч. таких, що суттєво впливають на стан репродуктивного здоров'я. Найбільш репродуктивним населенням є молодь, на долю якої припадає близько 4/5 народжень. Протягом останніх років спостерігається виразна тенденція до підвищення середнього віку матерів при народженні дітей, що, вірогідно, зумовлено реалізацією раніше відкладених народжень.

Особливе занепокоєння викликає стан репродуктивного здоров'я, яке є невід'ємною складовою нації в цілому і має стратегічне значення для забезпечення сталого розвитку суспільства. Наразі стан репродуктивного здоров'я нації знаходиться далеко за межами міжнародних стандартів і характеризується низьким рівнем народжуваності на тлі високого

рівня основних складових загрози репродукції особи – безпліддя, мертвонароджуваності, спонтанних абортів, вроджених вад розвитку, материнської, перинатальної і малюкової смертності.

Однією з причин скорочення репродуктивного потенціалу населення є зниження природної фертильності, що відбувається через збільшення частки безплідності ще в дітородному віці. За даними спеціальних досліджень, останніми роками у структурі безплідності зростає питома вага порушень репродуктивної функції, виявлених вже у дитячому віці. Отже, незважаючи на те, що репродуктивна функція притаманна дорослій людині, корені її формування, як і виникнення порушень репродуктивного здоров'я, знаходяться в інтервалі від моменту утворення зиготи і до реалізації біологічної функції відтворення потомства.

Переорієнтація служби охорони здоров'я матері і дитини на всесвітньо визнані перинатальні технології з доведеною ефективністю сприяла позитивній динаміці стану здоров'я нових народжуваних поколінь: частота народжених хворими та захворілих новонароджених зменшилася з 272,12 на 1000 народжених живими з масою тіла при народженні 500 г і більше у 2007 р. до 153,74 у 2011 р., з подальшою незначною тенденцією зростання до 156,36 у 2015 році.

Після народження частота хворих дітей збільшується. Високою залишається і захворюваність дітей першого року життя – 1459,18 на 1000 середньорічного контингенту дітей цього віку у 2015 р. Серед загальної популяції дітей в Україні упродовж останніх п'яти років при позитивній динаміці утримується все ще високий рівень захворюваності та поширеності хвороб. Так, захворюваність у 2015 р. становила 1274,76 на 1000 дитячого населення, а поширеність хвороб – 1742,3 (рис. 2.6.1).

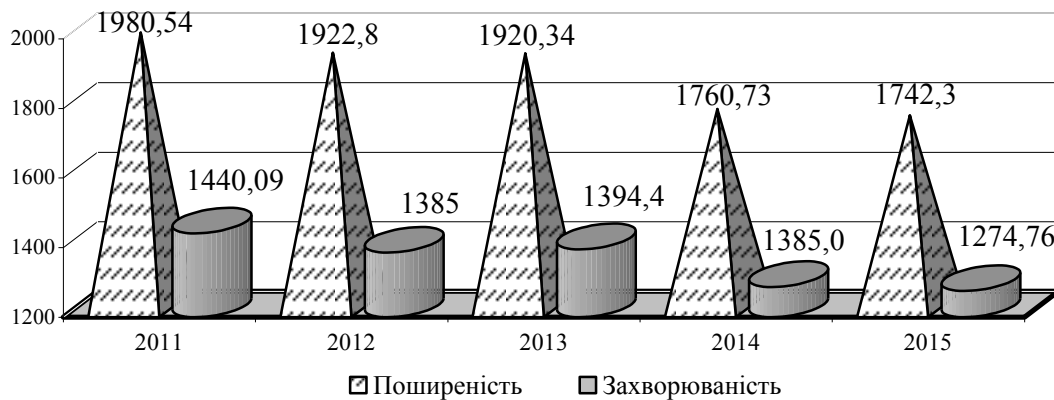


Рис. 2.6.1. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дітей 0–17 років включно в Україні у 2011–2015 рр. (на 1000 відповідного населення)

Високий рівень поширеності хвороб серед дітей суттєво впливає на формування їх репродуктивного здоров'я. Особливе занепокоєння викликають все ще високі рівні поширеності ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин (73,1 на 1000 дітей), хвороб сечостатевої системи (47,28), крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму (36,1), хвороб системи кровообігу (34,4), значущість яких для дитячого віку особливо велика у зв'язку з їх впливом на становлення репродуктивної функції.

Наразі в Україні здійснено поступальні кроки у напрямку забезпечення формування репродуктивної системи жіночого і чоловічого організму, починаючи з народження. Впроваджується всесвітньо визнана система регіоналізації перинатальної допомоги. З 2009 р. почалося впровадження розробленого з дотриманням принципів доказової медицини і доказового менеджменту Клінічного протоколу з медичного догляду за здоровою дитиною до 3 років життя, яким передбачено профілактику і раннє виявлення відхилень у стані здоров'я дітей з позицій їх впливу на формування репродуктивної системи, обов'язкове консультування батьків та заняття з ними з питань догляду за дитиною.

Впроваджуються програми із статевого виховання дітей, які ґрунтуються на знанні дітьми будови свого тіла, особливостей процесів, що відбуваються у період статевого дозрівання, дотримання правил особистої гігієни. Велика увага приділяється проблемі гігієнічної грамотності, актуальної для кожної вікової групи, тому що у шкільних програмах такі питання практично не висвітлюються. Важко переоцінити значення своєчасного навчання дівчаток правилам особистої гігієни, що має величезне профілактичне значення. Так, наприклад, безліч запальних захворювань пов'язані саме з недотриманням і незнанням основних правил гігієни, з неправильним використанням сучасних гігієнічних засобів. Комплекс зазначених заходів із цілеспрямованим і методичним проведенням програм статевого виховання сприятиме у перспективі зниженню числа абортів неповнолітніх і збереже їхнє здоров'я і репродуктивну функцію.

Упродовж останніх років наявний хвилеподібний характер захворюваності і поширеності хвороб серед дівчат-підлітків при високому їх рівні в цілому, що суттєво впливає на їхнє репродуктивне здоров'я. Так, захворюваність серед дівчат-підлітків коливалася в межах 117,0–126,9 на 100 дівчат 15–17 років, а поширеність хвороб – від 206,6 до 228,6 при максимальному рівні цих показників у 2013 р. (рис. 2.6.2).

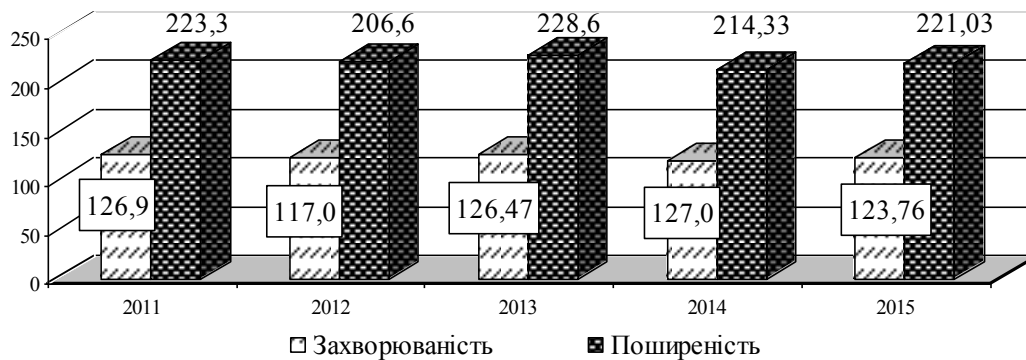


Рис. 2.6.2. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дівчат-підлітків в Україні у 2011–2015 рр. (на 100 дівчат-підлітків)

Найбільший сплеск гінекологічної захворюваності відзначається саме в той період, коли формується репродуктивне здоров'я майбутніх матерів. Упродовж останніх років залишається високою поширеність розладів менструацій у дівчаток 10–14 років – 19,44 на 1000 осіб відповідного віку у 2011 р. та 16,85 у 2015 р., у дівчат 15–17 років – 64,64 та 59,06 відповідно. Найвищий рівень поширеності розладів менструації серед дівчаток віком до 14 років у 2015 р. відмічався у Хмельницькій (51,58), Чернівецькій (38,41), Тернопільській (37,36), Житомирській (32,35) областях і м. Києві (32,14); найнижчий рівень – у Рівненській

(5,53), Чернігівській (6,29), Херсонській (6,76), Запорізькій (6,86) областях. Діапазон коливань рівнів поширеності розладів менструації серед дівчат 15–17 років становив від 122,87 у Хмельницькій, 108,5 у Харківській областях, 117,37 у м. Києві до 16,06 у Закарпатській, 26,29 у Чернігівській областях.

Привертає увагу істотне збільшення долі запальних захворювань репродуктивної системи. Ці захворювання мають найбільш несприятливі наслідки для формування репродуктивних розладів, якщо вони перенесені в підлітковому віці. Поширеність сальпінгітів, оофоритів у дівчат підліткового віку коливається у діапазоні від 29,9 на 10 тис. дівчат 15–17 років у Львівській, 36,6 у Закарпатській областях до 512,0 у Київській, 376,3 у Миколаївській, 325,3 у Чернівецькі областях тобто у 17,1 разу при середньому в Україні показнику 134,4 на 10 тис. дівчат.

Серед дітей і молоді все частіше зустрічаються ППСШ. Так, у 2015 р. захворюваність на трихомоніаз становила 93,0 на 100 тис. дівчат 15–17 років, уrogenітальний мікоплазмоз – 39,29, хламідіоз – 27,07, гонококову інфекцію – 8,25, сифіліс – 4,57.

Таким чином, у дитячому і підлітковому віці можна говорити про предиктори репродуктивних розладів, тобто фактори та стани, що призводять до формування тих чи інших відхилень у системі репродукції.

Низькі показники соматичного і репродуктивного здоров'я дівчат на тлі уповільнення темпів статевого розвитку зумовлюють частіше, ніж у загальній популяції жінок, ускладнення пологів: аномалій пологової діяльності – у 2,5 разу, несвоєчасного відтікання навколоплідних вод – у 1,5 разу.

Заходи з профілактики непланової вагітності передбачають недопустимість такої у дівчаток до 14 років та значне зниження у дівчат-підлітків. Ситуація щодо вагітності та її наслідків у підлітків залишається тривожною. За даними соціологічного опитування учнів і студентів, які живуть статевим життям, майже кожна третя дівчина вагітніє. У переважній більшості юних дівчат вагітність завершується абортom. Як видно з рис. 2.6.3, частка абортів серед дівчат віком 15–17 років за останні п'ять років зменшилась у 2,9 разу і у 2015 р. становила 1,72 на 1000 дівчат відповідного віку, а у дівчаток до 14 років – 0,05 на 1000 дівчаток відповідного віку. У 2015 р. все ще високим (2,5 і більше) залишається рівень абортів серед дівчат 15–17 років Дніпропетровської, Закарпатської, Київської, Кіровоградської, Миколаївської, Черкаської областей та серед дівчаток до 14 років (0,09 і більше) Дніпропетровської, Закарпатської, Запорізької, Кіровоградської, Сумської областей.

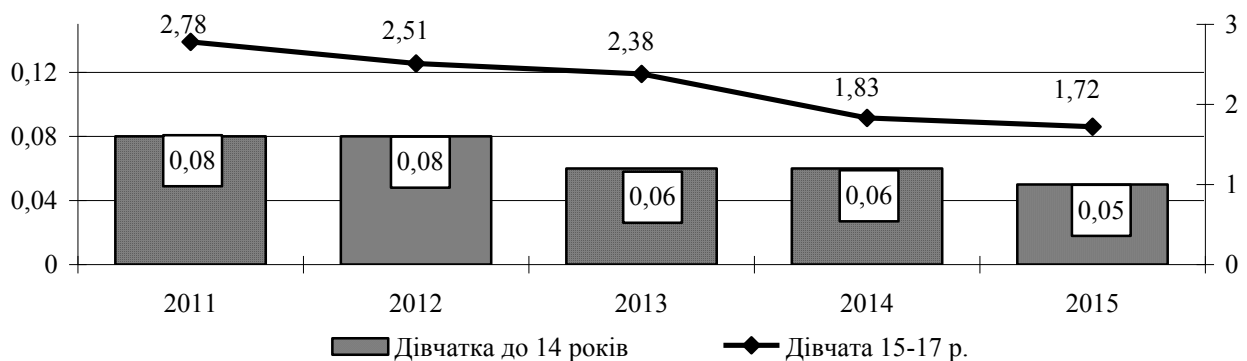


Рис. 2.6.3. Динаміка абортів у дівчаток віком до 14 років та дівчат 15–17 років в Україні у 2011–2015 рр. (на 1000 населення відповідного віку та статі)

Формування репродуктивної системи – процес тривалий і складний, тому поліпшення репродуктивного здоров'я неповнолітніх і підлітків потребує, поряд з проведенням загальнодержавних заходів зі зміцнення їхнього здоров'я, подальшого розширення профілактичної роботи, створення консультативних служб для проведення статевих виховання та статевої освіти.

Усе ще незадовільний стан здоров'я дітей, у т.ч. підліткового віку, впливає на стан соматичного та репродуктивного здоров'я дорослого населення. Непоправної шкоди репродуктивному здоров'ю жінок завдають запальні захворювання жіночих статевих органів.

У 2015 р. порівняно з 2011 р. поширеність сальпінгітів, оофоритів серед населення працездатного віку (більшість яких фертильного віку) зменшилася до 1625,7 на 100 тис. населення відповідного віку проти 1831,6, а запальних захворювань шийки матки та ендометріозу зросла – 1201,3 і 1160,5 та 345,3 і 300,0 відповідно. При цьому у 2015 р. поширеність сальпінгітів, оофоритів коливалася від 751,0 у Закарпатській до 4150,6 у Чернівецькій, 3205,3 у Херсонській областях. Частота запальних хвороб шийки матки коливалася від 281,6 у Сумській, 421,3 у Чернігівській областях до 3370,4 у м. Києві, 3207,8 у Дніпропетровській області, ендометріозу – від 93,1–95,7 у Кіровоградській, Чернівецькій до 1085,7–967,6,0 у Житомирській і Черкаській областях при середньому показнику по Україні 327,5 на 100 тис. жінок відповідного віку, незапальних хвороб шийки матки – від 1610,8 у Закарпатській до 5564,7 у Черкаській областях.

Запальні захворювання статевих органів значно впливають на стан здоров'я як чинники підвищення ризику позаматкової вагітності, безпліддя, розладу менструацій, виникнення новоутворень. Порушення здоров'я жінок спричинюють й ПСШ, до яких належать сифіліс, гонорея, трихомоніаз, хламідіоз, мікоплазмоз тощо. Дані хвороби реєструються у всіх вікових групах, у т.ч. у вагітних. Упродовж останніх років спостерігається тенденція до зменшення частоти реєстрації цих інфекцій. Так, захворюваність жіночого населення урогенітальним мікоплазмозом у 2015 р. становила 88,8 на 100 тис. жінок проти 120,1 у 2011 р., а хламідійними інфекціями – 54,5 та 89,0 відповідно (рис. 2.6.4).

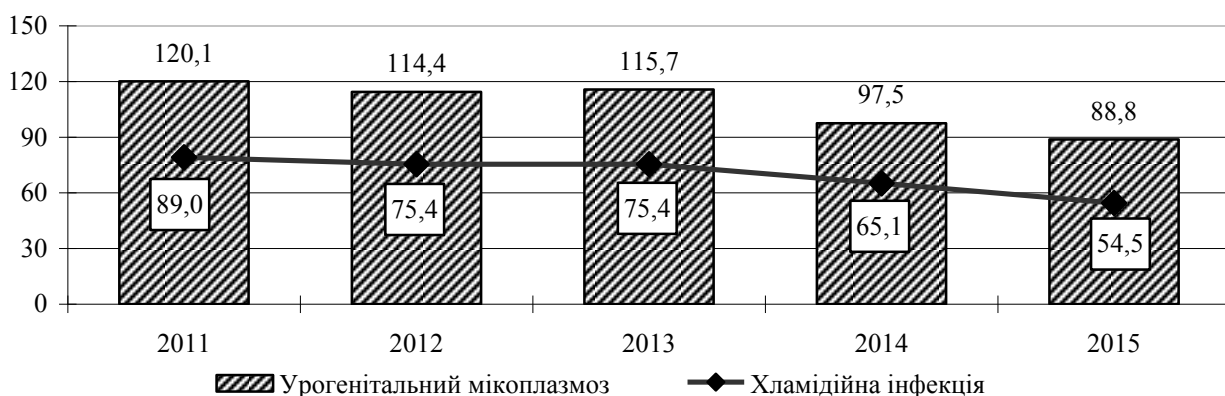


Рис. 2.6.4. Динаміка захворюваності жінок України на інфекції, що передаються переважно статевим шляхом, у 2011–2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Зважаючи на руйнівний вплив ПСШ на репродуктивне здоров'я жінки та чоловіка та здоров'я майбутніх дітей, в Україні запроваджено систему попереднього обстеження молодят, яке проводиться безкоштовно. З 2008 р. у рамках державної програми здійснюється

закупівля тест-систем на TORCH-інфекції для проведення обстеження вагітних і новонароджених – представників уразливих груп населення. Таке обстеження сприяє зниженню рівня невиношування вагітності, мертвонароджень, частоти природжених інфекцій та вад розвитку у новонароджених.

Проблема ВІЛ-інфекції понад 30 років залишається актуальною для світової спільноти, поширення вірусу імунодефіциту людини набуло глобальних масштабів і становить реальну загрозу соціально-економічному розвитку більшості країн світу.

Вважається, що рівень інфікованості серед жінок, які відвідують жіночі консультації (тобто вагітні), достатньо точно відображає рівень інфікованості ВІЛ і тенденції розвитку епідемії серед загального населення. Крім того, дана група жінок становить вибірку, яка є репрезентативною для аналізу епідемічної ситуації серед сексуально активної частини населення (UNAIDS/WHO, 2000). Характерно, що у віковій структурі вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб в Україні протягом 2013–2015 рр. переважали особи віком 25–49 років (67–68%), тобто найбільшу частину складають ВІЛ-інфіковані особи репродуктивного та працездатного віку. Понад 18% становлять діти, народжені від ВІЛ-інфікованих матерів. За даними обстежень вагітних позитивний ВІЛ-статус мали 0,7% вагітних 2011 р. і 0,58% у 2015 р. Інфікування ВІЛ жінки під час вагітності, як правило, призводить до високого рівня передачі ВІЛ від матері до дитини.

На сьогодні в Україні впровадження заходів програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини надало змогу досягти значних успіхів. Починаючи з 2003 р., рівень охоплення добровільним тестуванням на ВІЛ серед вагітних жінок постійно перевищує 95%. Рівень охоплення профілактичним антиретровірусним лікуванням жінок, у яких під час вагітності було діагностовано ВІЛ-інфекцію, збільшився з 9% у 1999 р. до 95,0% у 2011 р. Результатом цієї діяльності стало суттєве, у 6,8 разу, зниження частоти передачі ВІЛ від матері до дитини (дані оціночного базового дослідження) – з 27,8% у 2001 р. до 4,1% у 2012 р. (рис. 2.6.5).

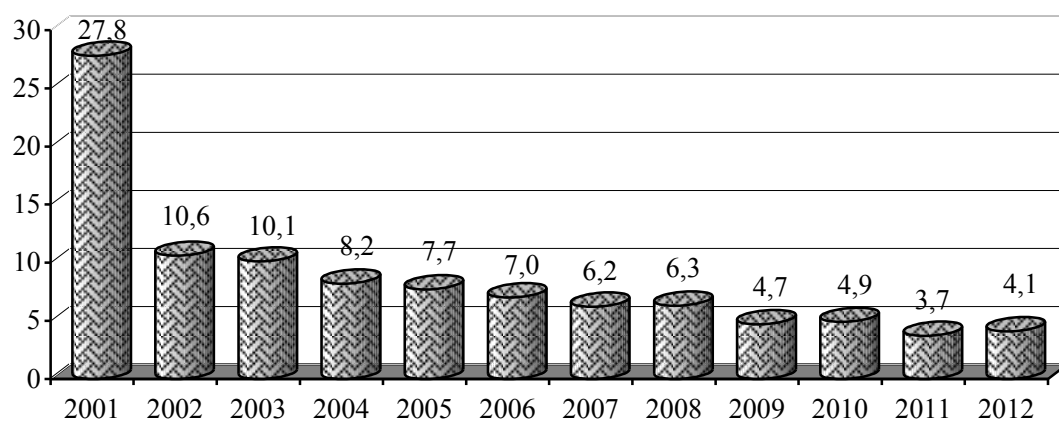


Рис. 2.6.5. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні (за результатами ІФА), %

Незважаючи на досягнення у цьому напрямі діяльності, багато ще потрібно зробити для досягнення зобов'язань Політичної декларації з ВІЛ/СНІДу 2011 р. щодо виключення передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні до 2015 року. Перспектива майбутнього країни залежить, насамперед, від пошуку оптимальних шляхів розв'язання проблеми збереження та

зміцнення здоров'я населення, зокрема молоді, яка потребує більшої уваги щодо охоплення профілактичними та лікувальними програмами, постійного доступу до базової інформації про ВІЛ/СНІД, статеве та репродуктивне здоров'я. Для здійснення цих заходів необхідно забезпечити чітку координацію зусиль органів державної влади та громадських організацій, об'єднань молоді у сфері запровадження здорового способу життя як одного з напрямів державної молодіжної політики.

Незважаючи на впровадження заходів, передбачених державними програмами «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року» та «Боротьба з онкологічними захворюваннями на 2007–2016 роки», розгалужену мережу жіночих консультацій, гінекологічних кабінетів та кабінетів онкопрофілактичних оглядів, щорічне охоплення близько 60% жінок 18 років і старших онкопрофоглядами з цитологічним дослідженням, рівень онкогінекологічної захворюваності в країні залишається високим (табл. 2.6.1).

Таблиця 2.6.1

**Динаміка захворюваності жінок на злоякісні новоутворення жіночих статевих органів в Україні у 2011–2015 рр. (на 100 тис. жінок)**

Захворюваність	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2015
Шийки матки	20,3	20,9	20,2	17,8	18,0
Тіла матки	29,5	29,9	32,0	27,7	27,9
Яєчників	16,6	17,1	17,2	15,1	14,8
Молочних залоз	66,1	67,7	67,3	58,7	61,3

У цілому за даними державної статистики, за період 2011–2015 рр. відзначається позитивна тенденція захворюваності жінок на злоякісні новоутворення (ЗН) жіночих статевих органів та молочних залоз при високому її рівні. Так, у 2015 р. захворюваність жінок ЗН шийки матки становила 18,0 на 100 тис. жінок, тіла матки становив 27,9, яєчників – 14,8, молочних залоз – 61,3 відповідно. У 2015 р., як і в попередні роки, утримувалася регіональна диспропорція рівнів захворюваності жіночого населення ЗН. Так, рівень захворюваності ЗН молочної залози коливався від 45,3–47,5 на 100 тис. жінок у Чернівецькій, Закарпатській, Івано-Франківській, Полтавській, Волинській областях до 92,2 у м. Києві, 76,1–79,5 у Дніпропетровській, Кіровоградській, Миколаївській, Сумській і Черкаській областях. Аналогічний діапазон регіональних коливань характерний і для рівнів захворюваності ЗН шийки матки – з 13,1–15,9 у Чернівецькій, Харківській, Запорізькій областях до 33,2–28,7 у Кіровоградській, Житомирській областях. Захворюваність ЗН тіла матки коливалася від 18,8–20,7 у Луганській, Закарпатській, Івано-Франківській областях до 48,0 у Кіровоградській, 38,0–38,5 у Полтавській областях та м. Києві, а яєчників – від 10,7–11,8 у Івано-Франківській, Закарпатській до 22,2 у Кіровоградській областях.

Звичайно, така ситуація викликана як соціально-економічними чинниками та загрозливим станом довкілля, так і пізньою діагностикою цих станів внаслідок безсимптомного перебігу захворювань на ранніх стадіях та відсутності ефективних скринінгових програм з їх виявлення. Тому особливо актуальним є вивчення можливості ранньої діагностики онкогінекологічних захворювань на початкових етапах розвитку захворювання.

Онкоепідемічна ситуація в областях України характеризується не тільки високим рівнем захворюваності, високою смертністю від ЗН але й значною кількістю хворих,



виявлених у занедбаних станах. Упродовж останніх років в Україні виявляється серед вперше захворілих біля 58–60% хворих із занедбаними станами раку яєчників, понад 20,0% – молочної залози, біля 20–21,0% – раку шийки матки та близько 12% – раку тіла матки. Для порівняння: в країнах ЄС та США частка занедбаних стадій не перевищує 5–7%. Однією з основних причин такої ситуації є низька поінформованість жінок та суспільства загалом щодо захворювання на рак молочної залози, а також недостатня кількість сучасного обладнання для ранньої діагностики ЗН молочної залози у медичних установах. За даними основних показників стану онкологічної допомоги хворим на ЗН, найбільша частота виявлення ЗН молочної залози у занедбаних випадках (III–IV стадії) у 2015 р. була у Полтавській (27,6%), Донецькій (30,6%) областях, а значно нижча середньої по Україні – у Вінницькій (5,1%), Сумській (7,4%) та Хмельницькій (9,0%) областях.

До найбільш вагомих чинників, що впливають на формування репродуктивного здоров'я, належить штучне переривання вагітності. Саме аборти негативно впливають на фертильність жінки, перебіг наступних вагітностей та пологів. За даними ВООЗ, близько 50% вагітностей, які настають щоденно, – незаплановані, близько 25% – небажані, а близько 150 тис. вагітностей закінчується кожного дня абортами, що становить щорічно у світі до 53 млн штучних абортів.

У цілому частота абортів і високий показник перинатальної смертності висвітлюють складну соціально-економічну ситуацію, обмеження доступу до безпечної й ефективної медичної допомоги, а також обмежені можливості жінок у виборі здорового способу життя. Два вищевказані показники роблять свій внесок у показник смертності через материнську смертність, пов'язану з абортами, і дитячу смертність. Крім того, існує взаємозв'язок між використанням контрацептивів, показником абортів, а також здоров'ям матерів і дітей. Ось чому показники частоти абортів, частоти використання контрацептивів і показник перинатальної смертності можуть бути використані як такі, що специфічно відображають стан репродуктивного здоров'я жінок в Україні.

Кількість абортів у суспільстві залежить від цілого ряду факторів, таких як рівень урбанізації населення, грамотність, освітній рівень, соціально-економічне становище жінок, репродуктивні тенденції, релігія, культура, доступ до засобів планування сім'ї, законодавство. Штучні аборти були дуже частими у колишньому Радянському Союзі і розглядалися як основний метод контролю народжуваності.

Виконання заходів Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р. сприяло суттєвому зниженню кількості абортів в Україні – з 17,0 на 1000 жінок фертильного віку у 2011 р. до 9,8 у 2015 р. Загальна кількість абортів за цей період зменшилась на 65,2 тис. (рис. 2.6.6). Однак, незважаючи на позитивну динаміку частоти абортів фертильного віку, цей показник у 2–6 разів вищий, ніж у Канаді, Нідерландах, Німеччині, Іспанії.

У всьому світі статистика відношення абортів до живонароджених виглядає як 1:7, в Україні з 2001 р. частота пологів почала перевищувати частоту абортів, проте співвідношення абортів до живонароджених складає лише 1:3,9. Позитивною є і динаміка частоти абортів на 100 пологів – 31,7 у 2011 р. і 25,66 у 2015 р. (рис. 2.6.7).

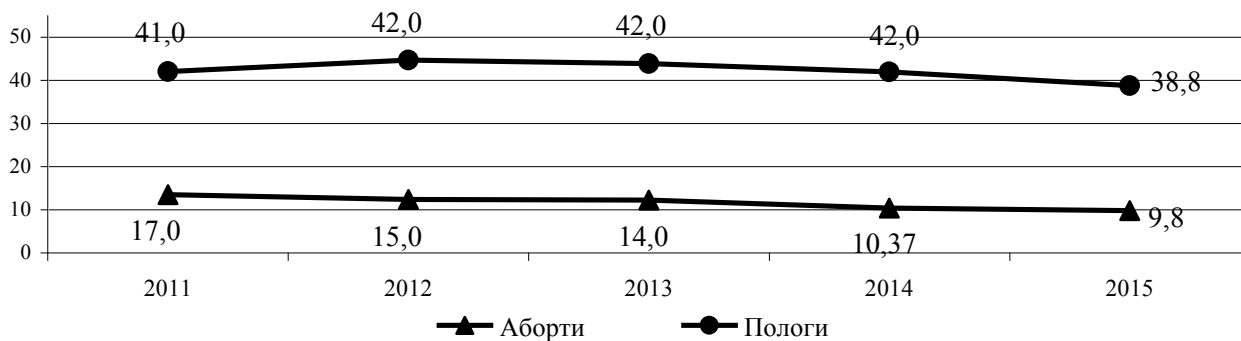


Рис. 2.6.6. Динаміка частоти пологів і абортів в Україні у 2011–2015 рр. (на 1000 жінок фертильного віку)

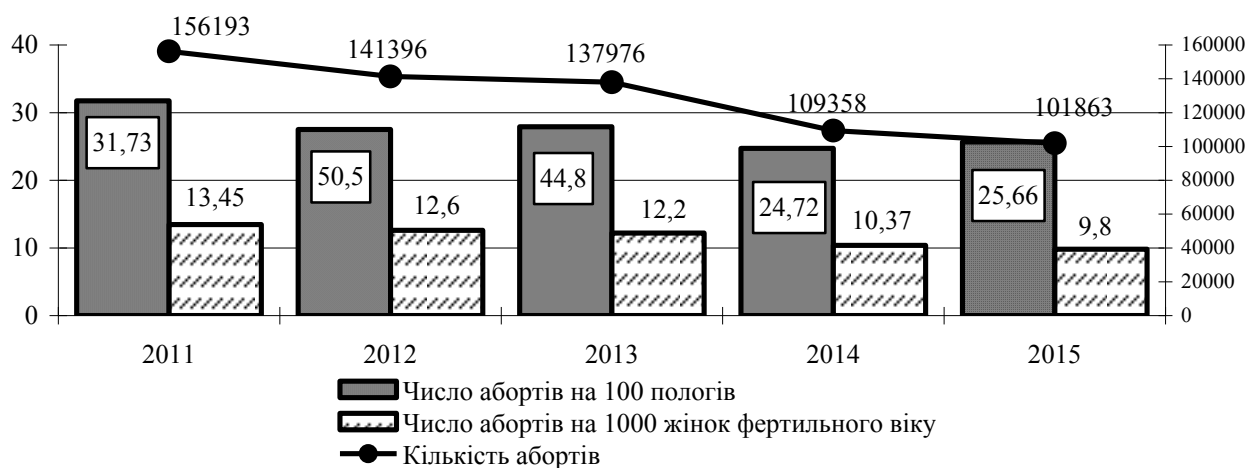


Рис. 2.6.7. Динаміка частоти абортів в Україні у 2011–2015 рр.

При цьому зберігається регіональна диспропорція цього показника – від 4,73 на 1000 жінок фертильного віку у Тернопільській, 5,4 у Рівненській, 6,45–6,54 у Івано-Франківській і Сумській до 14,07–15,96 у Вінницькій, Київській і Житомирській областях (рис. 2.6.8).

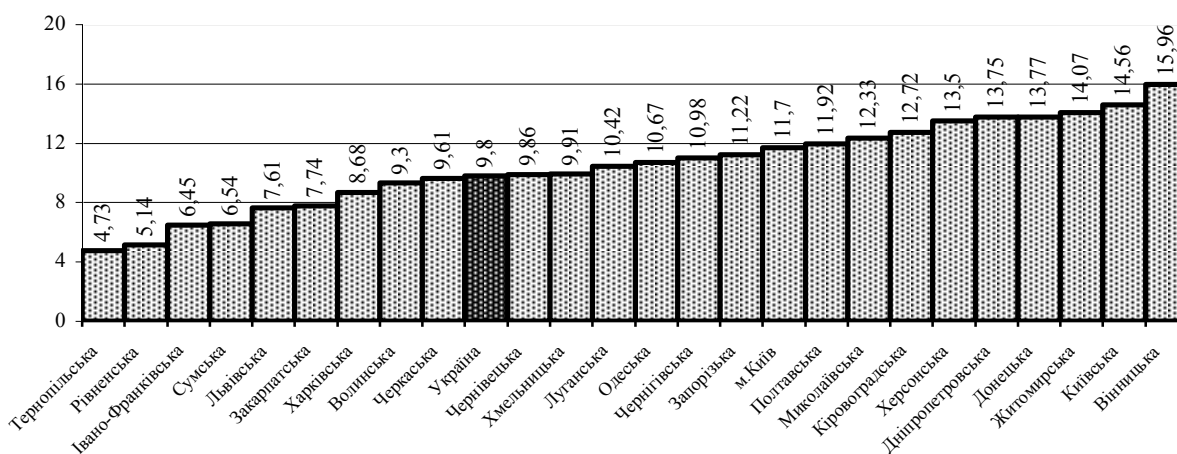


Рис. 2.6.8. Ранговий розподіл адміністративних територій України за показниками абортів, 2015 р. (на 1000 жінок фертильного віку)

Згідно з ключовими міжнародними документами та положеннями, аборт не є методом планування сім'ї, але в разі прийняття жінкою рішення про переривання вагітності у

термінах, дозволених законодавством, послуги мають бути надані з використанням безпечних методик та з дотриманням репродуктивних прав жінки. При цьому кюреточний метод абортів належить до небезпечних методів, у той час як медикаментозний, методи вакуум-аспірації та екскохлеації – до безпечних. Упродовж останніх років сформувалася тенденція до зменшення кількості абортів, проведених небезпечними методами переривання вагітності, при позитивній динаміці їх співвідношення: якщо у 2011 р. на один небезпечний аборт припадало 3,54 безпечних, то у 2015 р. – 5,9 (рис. 2.6.9).

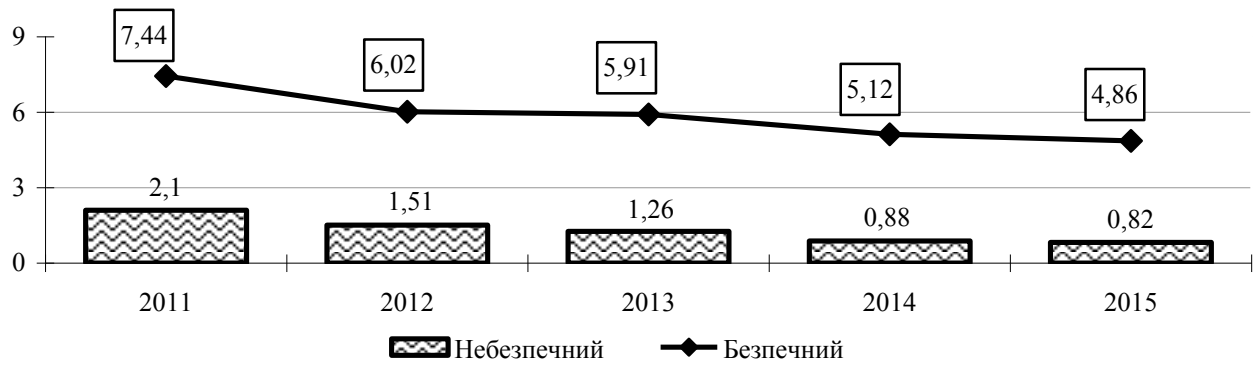


Рис 2.6.9. Динаміка небезпечного і безпечного методів переривання вагітності до 12 тижнів у 2011–2015 рр. (кількість абортів на 1000 жінок фертильного віку)

Вагомий вплив на стан репродуктивного здоров'я має небажана вагітність. Небажана вагітність – результат низки обставин, що пов'язані з особистими факторами людини та соціально-економічним розвитком і ситуацією в країні, міжстатевими відносинами, рівнем освіти, доступністю і якістю інформації з питань планування сім'ї та фактичного використання сучасних методів контрацепції.

В Україні проблема небажаної вагітності залишається однією з найбільш актуальних. За даними МОЗ України, у 2011 р. зареєстровано 60726 випадків небажаної вагітності (5,84 на 1000 жінок репродуктивного віку), що значно перевищує рівень в країнах ЄС (в середньому 5,0 на 1000 жінок репродуктивного віку). У 2015 р. лише у 8-ми регіонах рівень небажаної вагітності не перевищував середній показник країн ЄС (менше 5,0 на 1000 жінок фертильного віку) у Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Одеській, Рівненській, Сумській, Тернопільській та Харківській областях. Надвисокими у 2015 р. залишаються показники небажаної вагітності у Вінницькій (12,14), Донецькій (9,75), Херсонській (9,63), Київській (9,42), Житомирській (9,13) областях.

Негативні наслідки небажаної вагітності обумовлені як недостатнім використанням сучасних засобів контрацепції, так і низькою поінформованістю щодо проблеми, відсутністю або недостатнім рівнем консультування до і після процедури (операції) переривання. Відсутність системи комплексної медичної допомоги при небажаній вагітності знижує якість надання послуг населенню. Актуальність проблеми небажаної вагітності зумовлена і тим, що небажана вагітність становить підвищений ризик для здоров'я дітей. Крім того, наявні і соціальні проблеми народжених небажаних дітей, які поповнюють контингент дітей-сиріт, безпритульних.

Серед співвідносно дії факторів, які впливають на рівень незапланованої вагітності, що в 85–92% закінчується абортами, вагоме значення має застосування контрацепції: за

даними державної статистики, методами контрацепції (гормональними і внутрішньоматковими) щорічно охоплюється близько 30% жінок фертильного віку.

Моніторинг застосування контрацепції, який проводиться МОЗ України, свідчить, що в середньому упродовж останніх років в Україні частіше застосовуються найбільш ефективні та надійні методи оральної контрацепції – 195,28 на 1000 жінок фертильного віку у 2011 р. і 185,16 у 2015 р. (рис. 2.6.10).

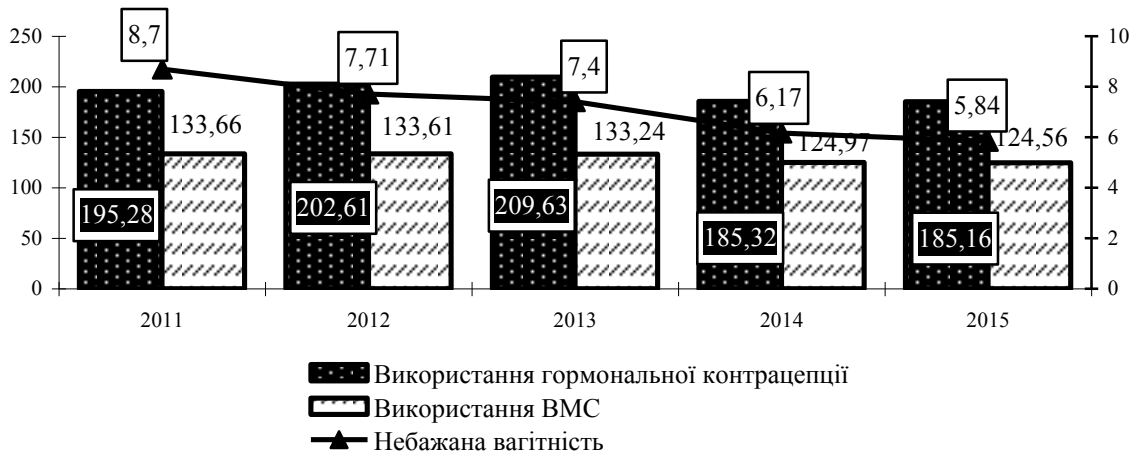


Рис. 2.6.10. Динаміка небажаної вагітності та її профілактика в Україні у 2011–2015 рр. (на 1000 жінок фертильного віку)

Відсутність динаміки охоплення жінок фертильного віку ВМС зумовлена наявністю протипоказань до їх застосування. У цілому охоплення жінок фертильного віку використанням сучасних методів контрацепції все ще залишається низьким, що обумовлено їх недостатньою обізнаністю щодо сучасних контрацептивів та безпеки їх застосування.

Більш низькі (менше 150,0 на 1000 жінок фертильного віку) показники охоплення жінок методами гормональної контрацепції у 2015 р. спостерігалися у Закарпатській (95,88), Рівненській (91,20), Волинській (145,87), Черкаській (147,6) та Київській (149,84) областях. Достатня увага приділяється застосуванню гормональних контрацептивів (більше 250,0 на 1000 жінок фертильного віку) у Тернопільській, Херсонській, Чернівецькій областях та м. Києві.

Одним з інтегральних показників стану репродуктивного здоров'я є безпліддя. За даними офіційної статистики, рівень безпліддя є невисоким – 3,9–4,04 на 1000 осіб жіночого населення фертильного віку і 0,95–0,90 – чоловічого. Водночас соціологічні дослідження свідчать про те, що небажане безпліддя торкається 6,8% сімей України, тобто близько 1 млн 21 подружніх пар. Безплідний шлюб є важливою медичною проблемою, яка потребує на кожному етапі розвитку суспільства і охорони здоров'я уточнення медико-організаційних форм надання медичної допомоги. Про неповність реєстрації жіночої та чоловічої безплідності свідчить значний діапазон коливань її поширеності – жіночої з 21,25 у Запорізькій до 1,98 у Рівненській областях, чоловічої – з 15,48 у Запорізькій до 0,01 у Чернівецькій областях.

Проблема діагностики і лікування безплідного шлюбу є вкрай актуальною в акушерсько-гінекологічній практиці й у медицині в цілому. Якщо проблемами жіночого безпліддя займаються в країні досить активно, то тривалий час проблеми репродуктивного здоров'я чоловіків були особистою справою лікаря і пацієнта. На сьогодні існує необхідність

посилення уваги до цієї проблеми, доцільність створення цілісної системи медичного забезпечення формування і зміцнення репродуктивного здоров'я чоловіків у всіх вікових групах. Більшість молодих чоловіків зневажливо ставляться до власного здоров'я, а кожен десятий з них не бажає, у разі потреби, звертатися за медичною допомогою. Понад 50% чоловіків взагалі не розуміють поняття «репродуктивне здоров'я», а по медичну допомогу з цих питань звертався лише кожний шостий з них.

За оціночними даними, біля 20% хворих на безпліддя потребують лікування із застосуванням методів допоміжних репродуктивних технологій. Загальновизнано, що і чоловіки, і жінки мають право на рівний доступ до послуг у сфері репродуктивного здоров'я. На виконання Указу Президента України від 03.01.2002 №5/2002 «Про заходи щодо заохочення народжуваності в Україні» створена система закладів з планування сім'ї, які, окрім іншого, займаються питаннями репродуктивного здоров'я. Однак у структурі звернень населення до центрів (кабінетів) планування сім'ї чоловіки складають лише 6,0–7,9%. Крім того, чоловікам, хворим на безпліддя, медична допомога за рахунок коштів з державного бюджету не надається, в країні відсутня система профілактики та лікування чоловіків із такими проблемами. Тому це питання потребує особливої уваги та розробки комплексу заходів з відповідною фінансовою підтримкою.

Однією з провідних акушерських проблем, через її прямиї зв'язок з перинатальною захворюваністю і смертністю, є невиношування вагітності. Невиношування вагітності – це самовільне (спонтанне) передчасне переривання вагітності (до 12 тижнів – ранній самовільний аборт, у 13–27 тижнів – пізній самовільний аборт) та передчасні пологи у 22–36 тижнів. Невиношування вагітності потребує детального вивчення з метою профілактики самовільних викиднів, передчасних пологів і народження маловагових дітей. Недоношені діти роблять основний «внесок» у показники перинатальної захворюваності і смертності, на їхню долю припадає біля 60–75% даної патології. Актуальність проблеми невиношування вагітності обумовлена також критичною демографічною ситуацією на Україні. Прямі репродуктивні втрати від невиношування вагітності щороку становлять біля 35 тис. ненароджених бажаних дітей. Понад 30–40% випадків перинатальної патології та смертності пов'язані або зумовлені передчасними пологами. З кожним роком зростає кількість маловагових дітей (з масою тіла при народженні менше 500 г), а смертність у цій категорії у 46,5 разу вища, ніж серед доношених дітей. Частота невиношування залишається високою – 5,67 на 100 вагітностей і коливається від 9,25 у Дніпропетровській, 7,81 у Полтавській, 7,77 у Чернігівській, 3,61 у до менше 4,0 у Львівській, Івано-Франківській, Одеській, Хмельницькій областях та м. Києві. Гострота проблеми невиношування підтверджується зростанням частоти передчасних пологів, яка сягає 3,25% і має тенденцію до зростання (рис. 2.6.11).

Низький рівень репродуктивного здоров'я жінок ще до настання вагітності знаходить своє відображення і під час вагітності та пологів. Незважаючи на незначну позитивну динаміку, рівень захворювань вагітних, що впливають на перебіг вагітності, пологів та стан народжених дітей, залишається високим. Все ще майже у кожній четвертій вагітній є прояви анемії, у кожній сьомій – хвороби сечостатевої системи, у кожній чотирнадцятій – хвороби системи кровообігу. Характерно, що тенденція частоти зареєстрованих екстрагенітальних захворювань, що ускладнюють вагітність, пологи і післяпологовий період, збігається з тенденцією поширеності цих класів хвороб серед загальної популяції населення.

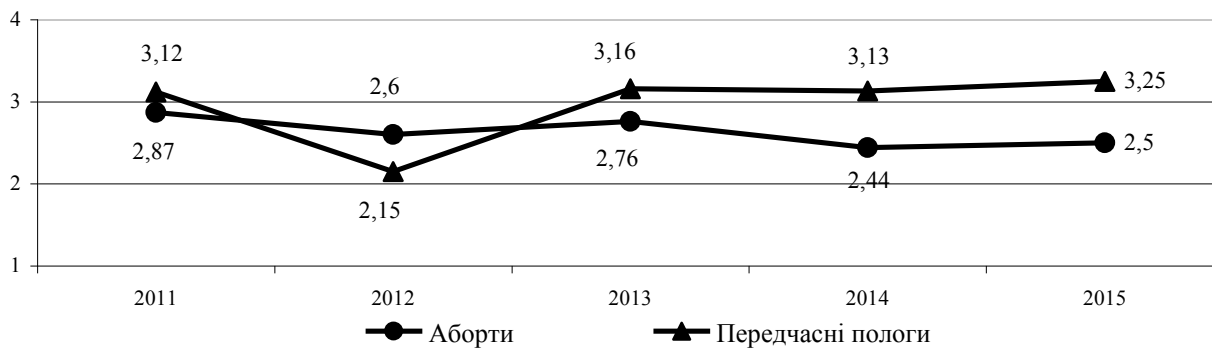


Рис. 2.6.11. Частота передчасних пологів та спонтанних викиднів в Україні у 2011–2015 рр. (на 100 вагітностей)

Одним з основних показників, які рекомендує ВООЗ для оцінки якості надання акушерської і неонатологічної допомоги, є перинатальна смертність. Тому не випадково, що задачею №5 Цілі Саміту Тисячоліття №4 визначено скорочення на дві третини за період 1990–2015 рр. смертності серед дітей у віці до 5 років, а одним із 3-х індикаторів (№14) виконання цієї задачі є коефіцієнт малюкової смертності. Пунктом 5 затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 26.04.2003 р. «Комплексної програми реалізації на національному рівні рішень, прийнятих на Всесвітньому Саміті зі сталого розвитку на 2003–2015 роки» передбачено до 2015 р. реалізувати програми та ініціативи щодо зниження за період 2000–2015 рр. на 15% смертності новонароджених, яка є компонентом перинатальної смертності.

За даними Держкомстату України, рівень перинатальної смертності за досліджуваний період у цілому мав позитивну тенденцію – 10,0 на 1 тис. народжених живими і мертвими у 2000 р. і 9,78 у 2012 році. Упродовж 2001–2004 рр. відмічалася позитивна динаміка цього показника до 8,0 при щорічному зниженні на 1–9%, яка була порушена підвищенням до 9,1 у 2005 р., 8,8 у 2006 р., що вірогідно зумовлено підготовкою до переходу на критерії ВООЗ щодо визначення перинатального періоду та реєстрації перинатальної смертності і підтверджується збільшенням частоти народжених живими і мертвими з масою тіла при народженні 1000,0–1499 г з 0,3% у 2004 р. до 0,4% у 2006 р. при одночасному зменшенні частоти народжених живими і мертвими з масою тіла при народженні 500,0–999 г з 1,4% до 0,8% відповідно. Негативна динаміка перинатальних втрат утримувалася і в перші два роки після переходу України на критерії ВООЗ щодо визначення перинатального періоду та реєстрації перинатальної смертності – 11,0 і 11,2 у 2007–2008 рр., з подальшою тенденцією до зниження – 10,67 у 2009 р., 9,78 у 2012 р., 9,26 у 2014 році.

Більш об'єктивні дані динаміки перинатальних втрат у ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ України, що дають можливість виявити недоліки у наданні медичної допомоги жінкам під час вагітності, пологів та немовлятам, отримані на підставі розрахунку показника перинатальної у ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ України смертності за методикою ВООЗ BABIES-MATRICA. За даними BABIES-MATRICA з урахуванням критеріїв ВООЗ стосовно перинатального періоду, рівень перинатальної смертності у ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ України, має позитивну динаміку і знизився за період 2000–2015 рр. у 3,0 рази – з 27,1 у 2000 р. до 8,86 у 2015 р. Якщо у 2000 р. показник перинатальної смертності за BABIES-MATRICA у 2,7 разу перевищував цей показник за даними Держкомстату України, то

починаючи з 2007 р., коли Україна перейшла на критерії ВООЗ стосовно перинатального періоду, різниця в рівнях перинатальної смертності несуттєва.

При загалом сприятливій динаміці перинатальної смертності рівень її значно перевищує аналогічний показник в середньому по Європі (7,38‰) та країнах ЄС (6,57‰).

Усе ще високий рівень перинатальної смертності у ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ України, зумовлений високим, значно вищим за пересічний по Україні упродовж останніх років, рівнем перинатальних втрат (вище 10,0 на 1000 народжених живими і мертвими) у Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Кіровоградській, Львівській, Харківській і Чернігівській областях. Нижче пересічного по Україні упродовж останніх 5-ти років, що свідчить про правильність організації перинатальної допомоги, утримувався цей показник у Волинській, Житомирській, Івано-Франківській, Миколаївській, Полтавській, Хмельницькій, Чернівецькій областях та м. Києві (табл. 2.6.2).

Таблиця 2.6.2

**Рівень перинатальної смертності на 1000 народжених живими і мертвими за даними закладів охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України (на 10 тис. народжених живими і мертвими)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2015
АР Крим	11,63	11,11	9,19	-	-
Вінницька	10,69	8,83	7,59	7,99	7,86
Волинська	8,71	7,01	6,79	7,43	6,28
Дніпропетровська	11,60	11,61	9,91	10,78	10,53
Донецька	11,81	12,92	11,71	9,56	13,16
Житомирська	6,99	7,32	6,90	7,73	7,09
Закарпатська	10,61	9,88	9,39	9,99	9,15
Запорізька	9,50	10,60	10,45	8,11	10,33
Івано-Франківська	8,88	6,06	7,32	6,62	6,13
Київська	8,91	9,75	9,61	8,72	8,21
Кіровоградська	16,01	11,94	12,41	10,56	10,82
Луганська	9,72	7,64	8,50	7,72	8,70
Львівська	11,03	9,55	9,90	10,34	10,32
Миколаївська	7,99	7,89	8,19	8,06	6,85
Одеська	10,35	10,26	10,16	9,28	8,61
Полтавська	6,55	8,07	8,09	7,73	7,71
Рівненська	10,18	9,83	9,86	7,90	9,03
Сумська	8,60	9,54	8,38	9,38	9,17
Тернопільська	8,53	9,25	8,56	9,46	8,80
Харківська	11,53	9,47	9,75	10,43	10,77
Херсонська	9,94	9,63	10,54	9,17	10,03
Хмельницька	7,47	9,70	8,02	7,53	7,22
Черкаська	9,08	10,05	8,87	7,35	8,71
Чернівецька	8,70	7,15	7,92	8,41	7,08
Чернігівська	8,27	12,35	9,74	12,14	12,53
м. Київ	5,73	5,30	5,85	8,72	6,53
м. Севастополь	11,48	7,93	7,96	-	-
Україна	9,80	9,47	9,10	8,72	8,86

За даними ВООЗ, рівень перинатальної смертності повинен бути обумовлений високим його рівнем серед народжених з малою масою тіла (менше 1500 г), який, в свою чергу, обумовлений високим його рівнем серед народжених з надзвичайно малою масою тіла (500–999 г).

Аналіз пропорційного показника перинатальної смертності (пропорційне співвідношення маси тіла при народженні до загального числа народжених живими і мертвими у всіх вагових категоріях) за даними BABIES-MATRICA засвідчив зменшення перинатальної смертності в Україні за 2009–2015 рр. за рахунок зниження цього показника у всіх вагових групах немовлят. При цьому рівень пропорційного показника перинатальної смертності обумовлений високим його рівнем у групі новонароджених з масою тіла 1500 г і більше (проміжною і нормальною вагою тіла при народженні), який майже у два рази перевищує рівень пропорційного показника перинатальної смертності серед народжених з низькою масою тіла при народженні (менше 1500 г) (6,21 і 3,59 у 2011 р. та 5,42 і 3,43 у 2015 р. відповідно), що може свідчити як про некоректність реєстрації народження і смертності дітей з дуже низькою масою тіла при народженні, так і про наявність проблем в організації перинатальної допомоги.

Упродовж усіх років перевищення рівня пропорційного показника перинатальної смертності серед народжених з масою тіла 1500 г і більше над відповідним рівнем серед народжених з масою тіла менше 1500 г зареєстровано в усіх адміністративних територіях України. У 2015 р. рівень пропорційного показника перинатальної смертності серед народжених з масою тіла 1500 г і більше перевищував рівень пропорційного показника перинатальної смертності серед народжених із низькою масою тіла при народженні (менше 1500 г) у Донецькій, Івано-Франківській, Житомирській, Закарпатській, Кіровоградській, Полтавській, Рівненській, Херсонській, Черкаській областях у понад двічі, у Миколаївській області – майже утричі. Лише у Львівській області пропорційний показник перинатальної смертності у ваговій категорії менше 1500 г перевищує аналогічний показник у ваговій категорії 1500 г і більше, а у Дніпропетровській і Харківській і областях ці показники відрізняються несуттєво.

Некоректність цих даних підтверджується частотою народження живими і мертвими з низькою масою тіла при народженні (рис. 2.6.12).

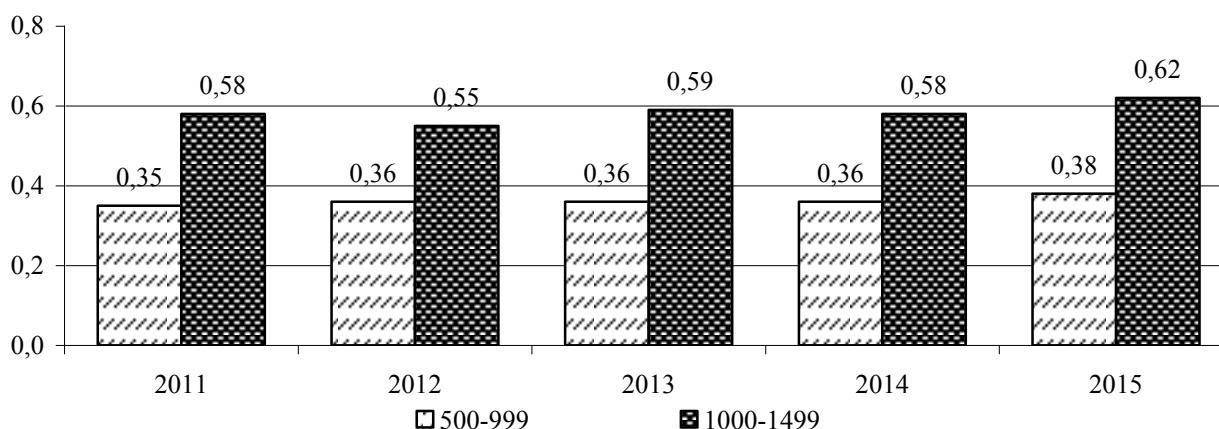


Рис. 2.6.12. Динаміка народження живими і мертвими з низькою масою тіла (менше 1500 г) в Україні у 2011–2015 рр. (на 100 народжених живими і мертвими), %

За даними ВООЗ, питома вага новонароджених з масою тіла при народженні 1000–1499 г становить від 1% до 1,5% серед усіх народжених живими і мертвими, а з масою тіла при народженні 500–999 г – від 1% до 1,5% відповідно. В Україні у структурі народжених живими і мертвими за масою тіла при народженні діти з масою менше 1500 г складають



дуже низький відсоток упродовж останніх років – 0,93% у 2011 р. і 1,0%. У 2015 р. наближались до орієнтовних показники частоти народжених живими і мертвими з дуже низькою масою тіла при народженні лише у Кіровоградській (0,75%) та Дніпропетровській (1,34%), Запорізькій (1,32%), Львівській (1,3%) областях, а вкрай низькими залишаються у Закарпатській (0,77%) і Чернівецькій (0,77%) областях.

Проведений роздільний аналіз динаміки мертвонароджуваності і ранньої неонатальної смертності виявив зміни у співвідношенні цих показників при загальній тенденції до їх зниження. За даними перинатального аудиту за BABIES-MATRICA, у структурі основних складових перинатальної смертності упродовж усіх років спостереження випадки мертвонароджуваності перевищували випадки ранньої неонатальної смертності у 1,6–1,8 разу при високій, вище орієнтовної (53–55%), питомій вазі мертвонароджених серед перинатальних втрат упродовж останніх трьох років (61,3–64,4%) (рис. 2.6.13).

Усе ще велика частка мертвонароджуваності у структурі перинатальної смертності засвідчує необхідність подальшого удосконалення медичної допомоги вагітним, що передбачено наказами МОЗ України від 15.07.2011 №417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» та від 31.10.2011 №726 «Про удосконалення організації надання допомоги матерям та новонародженим в перинатальних центрах».

Упродовж 2011–2015 рр. рівень пропорційного показника антенатальної загибелі плоду залишався на рівні 5,12–5,11 на 1000 народжених живими і мертвими. Проте за зазначений період спостерігається зростання рівня антенатальної загибелі плоду при високих, більше 5,0, її показниках у Запорізькій, Рівненській, Харківській, Херсонській, і Чернігівській областях, що потребує вивчення його причин.

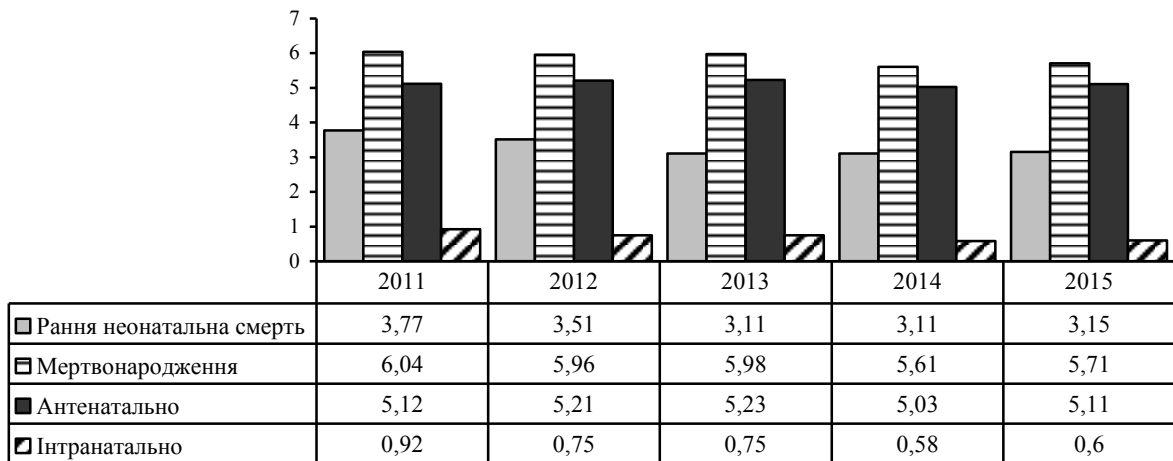


Рис. 2.6.13. Динаміка пропорційного показника основних складових перинатальної смертності/мертвонароджуваності і ранньої неонатальної смертності в Україні у 2011–2015 рр. (на 1000 народжених живими і мертвими)

Рівень пропорційного показника інтранатальної загибелі плоду за цей період знизився з 0,90 на 1000 народжених живими і мертвими у 2011 р. до 0,6 у 2015 р. з позитивною динамікою цього показника у всіх регіонах.

За даними ВООЗ, пропорційний показник ранньої неонатальної смертності серед немовлят з вагою тіла при народженні більше 1500 г орієнтовно становить біля 1,0 на 1000 народжених живими і мертвими. В Україні його рівень не відповідає міжнародним стандартам і становить 1,7 на 1000 народжених живими і мертвими (рис. 2.6.14).

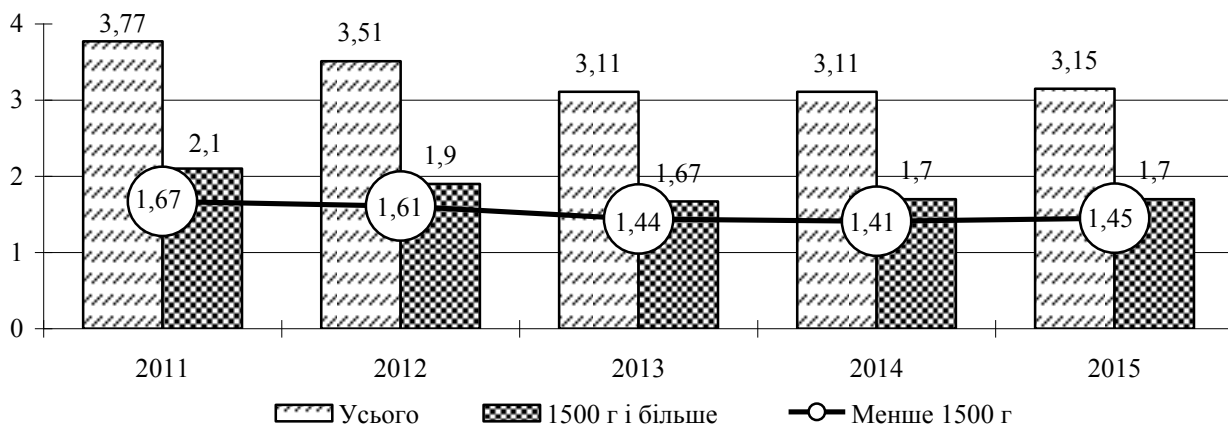


Рис. 2.6.14. Динаміка пропорційного показника ранньої неонатальної смертності новонароджених з масою тіла при народженні 1500 г і більше в Україні у 2011–2015 рр. (на 1000 народжених живими і мертвими)

Орієнтовні пропорційні показники ранньої неонатальної смертності новонароджених з масою тіла при народженні 1500 г і більше у 2015 р. зареєстровані лише у Волинській (0,88 на 1000 народжених живими і мертвими), Житомирській (0,84) Київській (1,03) областях, а надвисокі – більше 2,3 – у Донецькій, Луганській, Кіровоградській, Сумській, Тернопільській і Черкаській областях.

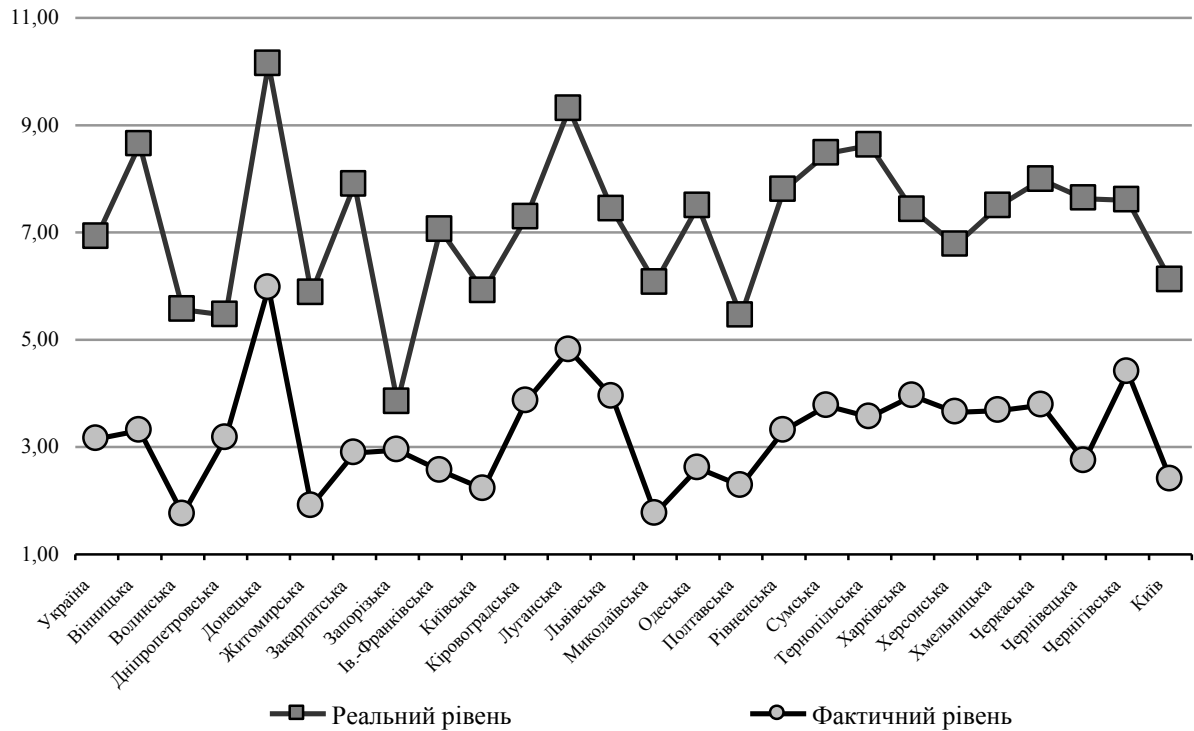
Технологія перинатального аудиту за BABIES-MATRICA дозволяє визначити реальний рівень ранньої неонатальної смертності в регіонах, якщо розрахувати його відповідно до критеріїв ВООЗ стосовно структури народжуваності живими і мертвими за ваговими категоріями. Це один із методів оцінити недооблік рівня ранньої неонатальної смертності в Україні і в розрізі територій та, відповідно, підрахувати, якими були б ці показники, якби структура народжених живими і мертвими за віковими категоріями відповідала категоріям ВООЗ з цих питань. Недооблік в ранній неонатальній смертності – це частково не взяті до уваги втрати народжених живими і мертвими, тобто народження, що не зареєстровані, а це один із резервів збільшення числа дітей, що народилися.

Найбільше зниження рівня ранньої неонатальної смертності за даними BABIES-MATRICA у 2015 р. (у три і більше разів) виявлено у Волинській, Житомирській, Івано-Франківській, Миколаївській областях (рис. 2.6.15). Менше середнього по Україні розходження між фактичним і реальним показником ранньої неонатальної смертності у 2015 р. (менш ніж удвічі) відмічалось лише у Дніпропетровській, Запорізькій, Херсонській областях та м. Києві.

Усі виявлені зміни і взаємозв'язки можна інтерпретувати двояко. Враховуючи, що основна доля втрат у перинатальному періоді припадає на мертвонароджуваність, можна припустити, що в Україні досить успішно впроваджуються сучасні технології медичного догляду новонароджених. З іншого боку, розрахункові дані реального рівня ранньої неонатальної смертності свідчать про великі резерви зниження і постнатальної складової, а отже слід посилювати зусилля, спрямовані на зниження рівня цієї компоненти.

Таким чином, переорієнтація системи охорони репродуктивного здоров'я на науково обґрунтовану практику і доказовий менеджмент сприяла позитивній динаміці окремих складових репродуктивного здоров'я – частоти абортів, ускладнених пологів, рівнів

материнських і плідно-малюкових втрат. Проте в цілому стан репродуктивного здоров'я населення України ще не відповідає міжнародним стандартам.



**Рис. 2.6.15. Характеристика реального і фактичного рівнів ранньої неонатальної смертності в Україні у 2015 р. у розрізі регіонів (на 1000 народжених живими і мертвими)**

Багатофакторна природа процесу зниження репродуктивного потенціалу в Україні визначає різні напрями щодо поліпшення репродуктивного здоров'я нації. Намічені протягом останніх років позитивні тенденції змін репродуктивної поведінки населення (збільшення народжуваності) і підвищення ефективності процесу відтворення населення (зниження числа «втрат вагітності»), поліпшення здоров'я нових народжуваних поколінь характеризують правильність обраної стратегії охорони репродуктивного здоров'я. Однак висока захворюваність населення фертильного віку, передусім досить високий рівень частоти анемії вагітних – маркера соціального неблагополуччя населення і фактора розвитку гіпоксичних порушень в організмі плоду, диктує необхідність прийняття першочергових заходів щодо профілактики патології гестаційного процесу і, насамперед, соціальних заходів щодо поліпшення якості життя та оптимізації харчування вагітних жінок. Усе ще високі рівні попереджуваної акушерської патології, мертвонароджуваності, перинатальної смертності визначають важливість заходів щодо підвищення якості медичної допомоги, як на пренатальному етапі, так і при родорозрішенні.

Як відомо, багато проблем здоров'я, у т.ч. і репродуктивного, лежать поза можливостями системи охорони здоров'я. Це – соціально-економічне становище населення, побутові умови життя, зокрема якість харчування, а також ресурсне забезпечення галузі тощо. При цьому першочергова необхідність підвищення репродуктивного потенціалу населення країни потребує комплексного підходу до вирішення усіх цих проблем у найбільш ефективному і раціональному режимі. Надзвичайно важливим моментом є загальнопопуляційний характер заходів щодо підвищення кількісного та якісного

репродуктивного потенціалу населення України, що надзвичайно важливо для зниження репродуктивних втрат на рівні країни.

## 2.7. Характеристика захворюваності населення на туберкульоз

Питання протидії туберкульозу (далі – ТБ) в Україні є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку. Боротьба з ТБ є предметом міжнародних зобов'язань України у частині виконання положень Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їх державами-членами. Україна є активним членом ВООЗ, яка в 2015 році схвалила нову глобальну стратегію «Покласти кінець ТБ» та План дій щодо боротьби з ТБ для Європейського регіону ВООЗ на 2016–2020 роки. Однією з основних цілей Плану дій є зниження на 25% частоти захворюваності на ТБ.

Ріст захворюваності на ТБ серед нових випадків, що спостерігався в країні з 1998 р., було зупинено у 2004 р., і, починаючи з 2007 р., реєструється її зниження. За даними ВООЗ, в Україні розрахункові поширеність і захворюваність на ТБ з 2007 р. мають тренд до зниження щорічно в середньому на 4,4% і 3,3% відповідно.

За даними ВООЗ, в Україні розрахункова захворюваність на ТБ становила у 2014 р. 94,0 на 100 тис. нас., проте за даними рутинного епідеміологічного нагляду – 71,3 на 100 тис. нас.; розрахункова поширеність ТБ – 114,0 на 100 тис. нас., хоча поточний показник поширеності ТБ – 90,2 на 100 тис. населення.

У 2015 р. в Україні зареєстровано 30 151 новий випадок захворювання на активний ТБ, включно з рецидивами, проти 30 575 випадків за аналогічний період 2014 року. Захворюваність на активний ТБ та його рецидиви у 2015 р. становила 70,5 на 100 тис. нас. проти 71,3 на 100 тис. нас. У 2014 р. При відображенні статистичних та аналітичних даних за 2015–2014 рр. не враховувалися дані з АР Крим та м. Севастополь, територій Донецької та Луганської областей, що тимчасово не підпорядковуються Уряду України, у зв'язку з припиненням звітування У 2014 р.

У регіонах України спостерігається значне коливання показника захворюваності на ТБ: від 17,5 до 123,8 на 100 тис. населення. У 16 із 25 адміністративних територій України зафіксовано перевищення національного показника захворюваності на ТБ. Найвищі показники захворюваності в Одеській (123,8 на 100 тис. нас.), Херсонській (106,1 на 100 тис. нас.), Дніпропетровській (99,6 на 100 тис. нас.) та Кіровоградській (92,3 на 100 тис. нас.) областях (рис. 2.7.1).

Захворюваність на всі форми активного ТБ, включаючи його рецидиви, серед дітей (0–14 років) становить 8,8 на 100 тис. відповідного населення (568 випадків), серед підлітків (15–17 років) – 24,4 на 100 тис. відповідного населення (284 випадки), дорослого населення (18 років і старші) – 83,4 на 100 тис. відповідного населення (29299 випадків) (табл. 2.7.1).

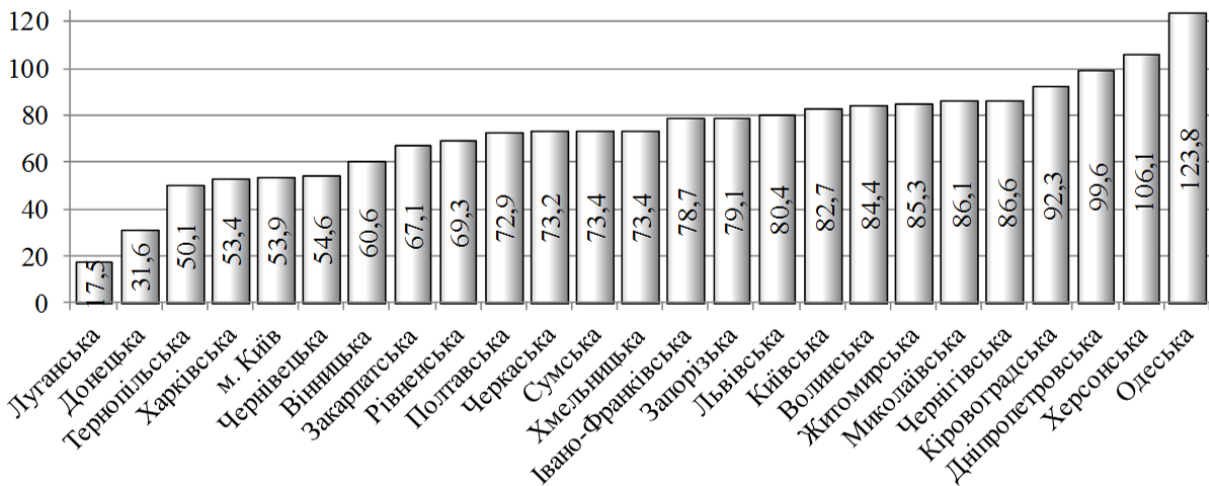


Рис. 2.7.1. Захворюваність на всі форми активного ТБ, включаючи його рецидиви, серед усього населення України у 2015 р., на 100 тис. нас.

Таблиця 2.7.1

Вікова структура захворюваності на всі форми активного ТБ, включаючи його рецидиви, серед усього населення України у 2015 р., на 100 тис. відповідного населення

Адміністративна територія	Діти (0–14 р.)		Підлітки (15–17 р.)		Доросле населення (віком 18 р. і старші)	
	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.
Вінницька	12	4,90	4	8,24	956	72,96
Волинська	11	5,44	15	42,37	852	106,18
Дніпропетровська	96	19,73	40	49,47	3 124	115,45
Донецька	23	4,12	10	10,08	1 321	36,42
Житомирська	40	19,57	8	20,73	1 024	101,01
Закарпатська	14	5,68	8	18,34	821	84,92
Запорізька	32	12,82	16	37,69	1 349	91,58
Івано-Франківська	18	7,67	8	17,58	1 060	96,39
Київська	32	11,78	16	35,41	1 377	97,89
Кіровоградська	10	6,93	7	26,75	882	109,76
Луганська	14	5,08	2	4,06	371	19,62
Львівська	27	6,67	17	21,64	1 982	97,34
Миколаївська	17	9,62	24	75,45	961	100,63
Одеська	35	9,08	33	50,53	2 884	149,06
Полтавська	8	4,06	7	18,52	1 036	85,90
Рівненська	18	7,71	5	11,67	781	88,38
Сумська	13	8,92	8	27,09	802	84,77
Тернопільська	7	4,15	2	5,80	525	60,79
Харківська	37	10,31	11	17,14	1 403	61,19
Херсонська	25	15,00	8	26,21	1 099	126,42
Хмельницька	14	6,98	5	13,10	934	88,18
Черкаська	17	9,93	7	20,43	890	85,35
Чернівецька	9	5,84	5	16,02	481	66,66
Чернігівська	18	12,93	5	18,90	884	100,28
м. Київ	21	4,89	13	19,82	1 500	63,78
Україна	568	8,81	284	24,37	29 299	83,37

Захворюваність на ТБ серед сільського населення переважає над міським та становить 85,7 на 100 тис. нас., серед міського – 63,6 на 100 тис. нас. (табл. 2.7.2).

Сьогодні проблема ТБ вийшла за рамки суто медичної та набула статусу проблеми загальнодержавного масштабу, враховуючи, що ТБ є соціально небезпечною інфекційною хворобою, основними чинниками якої є політичні, соціальні, економічні аспекти, а наслідки

несуть у собі загрозу економіці і національній безпеці нашої держави. Сприяють поширенню ТБ в Україні низка не вирішених соціально-економічних проблем впродовж тривалого часу та поширення туберкульозної інфекції серед окремих верств населення, які належать до групи підвищеного ризику захворювання на ТБ. Аналіз соціальної структури вперше виявлених хворих на ТБ у 2015 р. продемонстрував, що близько 70% пацієнтів становили представники соціально незахищених верств населення (43,9% – безробітні особи працездатного віку, 13,7% – особи, які повернулись з місць позбавлення волі, 2,2% – контактні з вогнища ТБ інфекції, 8% – особи без постійного місця проживання). Серед уперше зареєстрованих хворих на ТБ 10,5% хворих зловживають алкоголем та 3,2% є споживачами ін'єкційних наркотиків, що свідчить про нагальну потребу подальшого розвитку в країні програм соціальної підтримки пацієнтів за умови активної участі інститутів громадянського суспільства.

Таблиця 2.7.2

**Захворюваність на всі форми активного ТБ, включаючи його рецидиви,  
серед міського та сільського населення України у 2015 р.**

Адміністративна територія	Сільські жителі		Міські жителі	
	абс.	на 100 тис. нас.	абс.	на 100 тис. нас.
Вінницька	575	72,1	397	49,3
Волинська	474	94,7	404	74,9
Дніпропетровська	567	105,1	2 693	98,5
Донецька	165	40,8	1 189	30,6
Житомирська	533	102,3	539	73,3
Закарпатська	537	67,6	306	66,2
Запорізька	371	91,2	1 026	75,5
Івано-Франківська	687	87,7	399	66,9
Київська	700	106,2	725	68,1
Кіровоградська	410	112,3	489	80,3
Луганська	103	35,1	284	14,8
Львівська	876	88,0	1 150	75,5
Миколаївська	385	103,0	617	78,1
Одеська	1007	125,8	1 945	122,7
Полтавська	476	85,4	575	65,0
Рівненська	486	79,5	318	57,9
Сумська	329	92,1	494	64,7
Тернопільська	312	52,4	222	47,1
Харківська	342	64,0	1 109	50,8
Херсонська	447	107,4	685	105,3
Хмельницька	530	92,4	423	58,4
Черкаська	413	76,0	501	71,1
Чернівецька	278	53,3	217	56,3
Чернігівська	421	111,2	486	72,7
м. Київ	0	0,0	1 534	53,9
Україна	11424	85,7	18 727	63,6

За результатами впровадження завдань та заходів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на ТБ впродовж 2012–2015 рр. рівень захворюваності на ТБ серед населення знизився на 9%, рівень поширеності ТБ у поєднанні з ВІЛ-інфекцією (ко-інфекція ВІЛ/ТБ) – на 11,6%, але набувають надзвичайної актуальності проблеми поширення МР ТБ та ВІЛ-інфекції.

У 2014 р. Україна вперше ввійшла до п'ятірки країн світу з найвищим тягарем МР ТБ. Протягом останніх років спостерігалось зростання кількості МР ТБ з 3482 у 2009 р. до 8811 у 2015 р. Це частково пов'язано з впровадженням сучасних молекулярно-генетичних методів

діагностики та значною мірою обумовлено неналежною організацією лікування хворих на ТБ з переважним перебуванням в умовах стаціонару, дефіцитом у забезпеченні протитуберкульозних препаратів для хворих на МР ТБ у попередні роки, недостатнім безпосереднім контролем за лікуванням, відсутністю системи соціально-психологічної підтримки хворих та управління побічними реакціями на протитуберкульозні препарати.

Рівень МР ТБ серед нових випадків значно вищий у південно-східних областях порівняно із центральними та західними регіонами України (рис. 2.7.2). Питома вага випадків ТБ із розширеною резистентністю (далі – РР ТБ) становить 17% від загальної кількості хворих на МР ТБ.

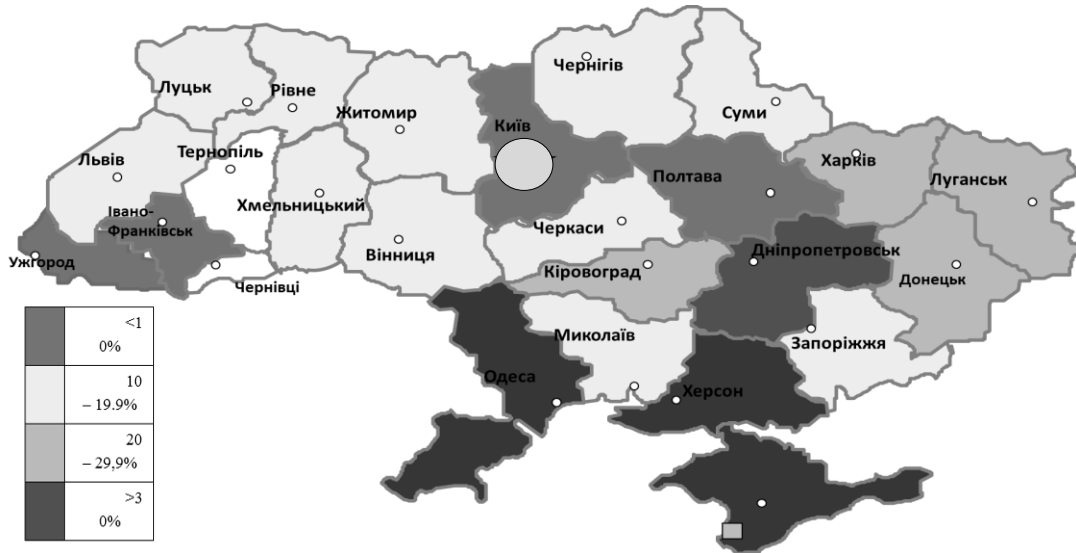


Рис. 2.7.2. Регіональний рівень нових випадків МР ТБ, Україна, 2014 р.

Частка випадків поєднаної ко-інфекції ВІЛ/ТБ (18,4%) відображає значний тягар епідемії ВІЛ-інфекції в країні (рис. 2.7.3). Захворюваність на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ за підсумками 2015 р. склала 13,0 на 100 тис. нас. (5572 випадки), з них вперше діагностованих випадків – 10,3 на 100 тис. нас. (4403 випадків), у порівнянні з 2014 р. – 10,4 на 100 тис. нас. (4441 випадок).

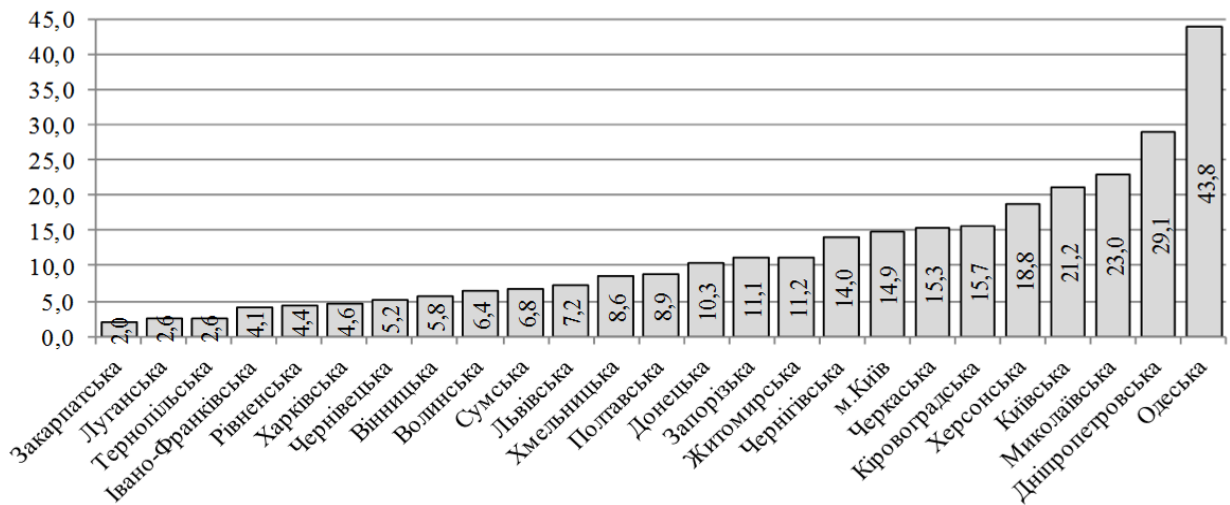


Рис. 2.7.3. Захворюваність на всі форми активного ТБ у поєднанні з ВІЛ-інфекцією, включаючи його рецидиви, серед усього населення України у 2015 р., на 100 тис. нас.

Захворюваність на всі форми активного ТБ серед працівників ЗОЗ становить 50,2 на 100 тис. працівників ЗОЗ (346 випадків), у т.ч. працівників протитуберкульозних закладів – 180,3 на 100 тис. (45 випадків).

З початку третього тисячоліття в розвинених країнах основними причинами смерті населення та значних економічних збитків визнано хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, ендокринні та психічні хвороби, травми; у країнах, що розвиваються, – туберкульоз, ВІЛ-інфекцію/СНІД, малярію.

Показник смертності від ТБ в Україні з 2006 р. скорочується в середньому на 7,6% на рік, однак такі темпи недостатні для виконання завдань стратегії партнерства «Зупинити ТБ» та досягнення цільових показників зниження смертності від ТБ до 4,8 на 100 тис. населення.

Смертність від ТБ у 2015 р. за даним Держстату України знизилася на 111% порівняно з попереднім роком та становить 9,0 на 100 тис. нас. (3842 хворих), щоденно десять пацієнтів, хворих на ТБ, помирали (табл. 2.7.3).

Таблиця 2.7.3

Смертність усього населення України від ТБ

Адміністративна територія	Усього			
	абс.		на 100 тис. нас.	
	2014	2015	2014	2015
Вінницька	98	101	6,1	6,3
Волинська	207	153	19,9	14,7
Дніпропетровська	519	553	15,8	16,9
Донецька	400	196	9,2	4,6
Житомирська	166	155	13,1	12,3
Закарпатська	155	133	12,4	10,6
Запорізька	176	135	9,9	7,6
Івано-Франківська	142	115	10,3	8,3
Київська	143	156	8,3	9,1
Кіровоградська	155	152	15,8	15,6
Луганська	84	79	3,8	3,6
Львівська	296	249	11,7	9,9
Миколаївська	116	101	9,9	8,7
Одеська	164	188	6,9	7,9
Полтавська	163	166	11,2	11,5
Рівненська	90	86	7,8	7,4
Сумська	135	144	11,9	12,8
Тернопільська	81	69	7,6	6,5
Харківська	214	227	7,9	8,4
Херсонська	139	143	13,0	13,4
Хмельницька	113	99	8,7	7,6
Черкаська	136	126	10,8	10,1
Чернівецька	72	71	8,0	7,8
Чернігівська	128	105	12,1	10,0
м. Київ	171	140	6,0	4,9
Україна	4 263	3 842	9,9	9,0

У регіонах України спостерігалось значне коливання показника смертності від ТБ: від 3,6 до 15,6 на 100 тис. населення. На 12 з 25 адміністративних територій України зафіксовано перевищення національного показника захворюваності на ТБ. Найвищі показники смертності в Дніпропетровській (16,9 на 100 тис. нас.), Кіровоградській (15,6 на 100 тис. нас.), Волинській (14,7 на 100 тис. нас.), Херсонській (13,4 на 100 тис. нас.) областях.



З метою подальшого поліпшення епідемічної ситуації з ТБ розробляється комплекс заходів державної політики, що ґрунтується на мультидисциплінарних пацієнт-орієнтованих, економічно ефективних принципах забезпечення загального та рівного доступу населення до якісних послуг з профілактики, діагностики та лікування ТБ, що буде покладений в основу Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на ТБ на 2017–2021 роки.

## 2.8. Характеристика психічного здоров'я населення

Актуальність питання охорони психічного здоров'я сьогодні вже не обговорюється. Потрібні конкретні кроки, конкретні політичні рішення для створення нового іміджу України, забезпечення національної безпеки держави та стабільності в суспільстві.

Проблемними питаннями охорони психічного здоров'я в Україні є:

- відсутність державної стратегії у цій сфері;
- повільне проведення структурної реформи служби, спрямованої на створення соціально-орієнтованої психіатричної допомоги;
- відсутність комплексного біопсихосоціального підходу до надання допомоги – розвитку реабілітації, психоосвітніх програм, мультидисциплінарного підходу;
- недостатня міжсекторальна взаємодія.

Протягом року фахівці МОЗ, Мінсоцполітики, МО України, профільні асоціації, громадські організації пацієнтів та їхніх родичів, Уповноважений ВР України з прав людини, Уповноважений Президента України з прав дитини неодноразово обговорювали зміни до Закону України «Про психіатричну допомогу». Сьогодні проект Закону знаходиться в профільному Комітеті.

На проблеми української судової психіатрії було звернуто увагу в Комітеті ООН по захисту прав інвалідів у серпні 2015 року. Основною проблемою є централізація надання психіатричної допомоги у вигляді госпіталізації із суворим наглядом та умови її надання, що прирівнюються до катування. У листопаді 2015 р. європейськими експертами проведено моніторинг закладів, у яких проводиться примусове лікування.

У 2016 р. заплановано впровадження в Хмельницькому та Житомирському регіонах пілотної європейської моделі надання психіатричної допомоги пацієнтам, які скоїли злочин.

В Україні до цього часу не було офіційної статистики відносно ПТСР. Із 2015 р. МОЗ вперше впровадило збір даних по кількості ПТСР взагалі, зокрема у військовослужбовців та дітей. За 2015 р. було отримано наступні дані:

- Реакція на важкий стрес та розлади адаптації (F43) – 821 особа;
- Гостра реакція на стрес (F43.0) – 47 осіб;
- Стресовий розлад посттравматичний (F43.1) – 1149 осіб, з них дітей у віці 0–14 років – 22;
- Короткочасна депресивна реакція (розлад адаптації) – 208 осіб.

Наказом МОЗ України від 23.02.2016 №121 затверджено Адаптовану клінічну настанову, засновану на доказах, та уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги діагностичного кластеру F43 за МКХ-10 «Реакція на важкий стрес та порушення адаптації».

На жаль, в Україні досі відсутнє розуміння системи реабілітації у сфері охорони психічного здоров'я. Існує плутанина щодо понять «медична реабілітація», «психологічна реабілітація», «соціальна реабілітація», «професійна реабілітація», хто і де її має проводити. Однак досвід країн, що пройшли через військові події, показує, що для створення системи реабілітації, починаючи з визначення поняття «реабілітація» до створення методології, проходило від декількох років до десятиліть.

Для прискорення цього процесу в Україні необхідно прийняти 5-річну Державну Програму охорони психічного здоров'я населення України, підкріплену фінансово, де чітко будуть прописані покрокові завдання для кожного міністерства і відомства, з урахуванням їх компетенції.

Нижче наведені статистичні дані щодо роботи служби охорони психічного здоров'я України у 2015 році.

#### *Заклади психіатричній мережі України*

Психіатрична мережа 2015 р. налічувала 62 психоневрологічні лікарні (як і у минулому році) і 23 психоневрологічні диспансери.

Кількість психіатричних кабінетів у 2015 р. становила 593 (на один кабінет більше, ніж у 2014 р.), психотерапевтичних кабінетів – 123 (на один кабінет більше, ніж у 2014 р.).

Кількість лікувально-трудова майстерень становила у 2015 р. – 19 закладів на 1778 місць (на один заклад менше, ніж у 2014 р.).

Кількість денних стаціонарів для хворих із розладами психіки та поведінки залишилась незмінною – 75 закладів загальною кількістю 3206 ліжок. Кількість ліжок у 2015 р. зменшилась на 65, а кількість закладів – збільшилась на один.

#### *Психіатричні ліжка*

Забезпеченість населення України психіатричними ліжками у 2015 р. становила 31652 ліжка (74,0 на 100 тис. нас.). Кількість психіатричних ліжок для дорослих становлять 95,5% ліжкового психіатричного фонду, або в абсолютних цифрах 30213 ліжок, психіатричні ліжка для дітей – 4,5% ліжкового психіатричного фонду, або 1439 ліжок. Крім того, у закладах охорони здоров'я України функціонували 220 психосоматичних ліжок.

Порівняно з 2014 р. кількість психіатричних ліжок скоротилась на 205 ліжок, або на 0,4%, за рахунок психіатричних ліжок для дорослих (зменшення склало 225 ліжок) та дитячих ліжок (збільшення на 20 ліжок).

#### *Заклади наркологічної мережі України*

Мережа наркологічних лікарень системи МОЗ України на кінець 2015 р. налічувала три заклади (на одну лікарню менше, ніж у 2014 р.). Кількість наркологічних диспансерів – 33 (як і у минулому році). Кількість денних наркологічних стаціонарів – 40 на 1404 місця, що на 30 місць менше, ніж у 2014 р. при незмінній кількості закладів.

Кількість наркологічних кабінетів становила 518 (на 10 кабінетів більше, ніж у 2014 р.), кількість госпрозрахункових наркологічних кабінетів – 162 (на 6 більше, ніж у 2014 р.), кабінетів анонімного лікування хворих з наркологічними розладами – 27 (незмінна), підліткових наркологічних кабінетів – 15 (на 2 кабінети менше, ніж у 2014 р.); кількість

кабінетів експертизи алкогольного сп'яніння – 41 (незмінна), кабінетів антиалкогольної пропаганди та профілактичної допомоги – 10 (на 1 кабінет менше, ніж у 2014 р.).

#### *Лікарі-наркологи*

За 2015 р. штатні посади в цілому у наркологічних закладах України становили 1353,5 лікаря-нарколога, або 3,17 на 100 тис. населення. Кількість зайнятих посад – 1147,0, або 2,68 на 100 тис. нас., фізичних осіб – 934, або 2,18 на 100 тис. нас., укомплектованість штатних посад фізичними особами становить 69,0%.

Порівняно з 2014 р. кількість штатних посад зменшилась на 0,3%, кількість зайнятих посад зменшилась на чотири посади, кількість фізичних осіб зменшилась на 1,3%, укомплектованість зменшилася на 0,53%.

#### *Лікарі-психіатри, усього, по закладах*

У психіатричних закладах України на 01.01.2016 штатні посади лікарів-психіатрів склали 3341,75 посади, або 7,82 на 100 тис. нас., їх займали 2970,75 лікаря-психіатри, що складало 6,95 на 100 тис. нас.; укомплектованість фізичними особами штатних посад становила 76,8%.

Порівняно з 2014 р. кількість штатних посад незначно зменшилися на 0,6% (порівнюються показники), зайняті посади зменшилися на 2,0%, укомплектованість знизилась на 1,25%.

#### *Дитячі психіатри*

Із загальної кількості посад штатні посади дитячих психіатрів у 2015 р. становили 394,5 посади (5,18 на 100 тис. дитячого населення), зайняті посади – 332,5 посади (4,37 на 100 тис. дитячого населення); фізичні особи – 294 особи (3,86 на 100 тис. дитячого населення); укомплектованість фізичними особами штатних посад становить 74,52%.

Порівняно з 2014 р. кількість штатних посад зменшилась на 1,3%, зайнятих посад – на 3,5%, фізичних осіб – на 2,5%, укомплектованість знизилася на 1,0%.

#### *Психотерапевти*

Кількість лікарів-психотерапевтів загалом в усіх закладах охорони здоров'я України у 2015 р. становила 246 штатних посад (0,58 на 100 тис. нас.), зайнятих посад – 172,25 (0,40 на 100 тис. нас.), фізичних осіб – 154 (0,36 на 100 тис. нас.); укомплектованість фізичними особами штатних посад становила 62,6%.

Порівняно з 2014 р. кількість штатних посад зросла на 3,6%, кількість зайнятих посад зменшилась на 0,5 посади, кількість фізичних осіб – зросла на 2,9%, укомплектованість збільшилася на 0,2%.

#### *Психотерапевти у психіатричній службі*

Кількість штатних посад психотерапевтів у психіатричній мережі у 2015 р. становила 103,5 посади (на 5,5% менше, ніж у 2014 р.), кількість зайнятих посад – 70,75 (на 7,5% менше, ніж у 2014 р.), фізичних осіб – на 2,2% менше, ніж у 2014 році.

Кількість штатних посад психотерапевтів, які працювали у ЗОЗ психіатричної мережі, у 2015 р. становила 103,5 посади, або 0,24 на 100 тис. нас., і займала 42,1% від загальної

кількості психотерапевтів, які працювали у ЗОЗ системи МОЗ України; кількість зайнятих посад становила 70,75, або 0,17 на 100 тис. нас., і займала 41,1%; кількість фізичних осіб – 66 осіб, або 0,15 на 100 тис. нас., і займала 42,2% від загальної кількості психотерапевтів.

#### *Лікарі-психологи*

У 2015 р. лікарі-психологи займали 222 штатні посади загалом в усіх ЗОЗ системи МОЗ України, або 0,52 посади на 100 тис. нас., зайняті посади – 170,5 посади (0,40 на 100 тис. нас.), фізичні особи – 165 (0,39 на 100 тис. нас.). Укомплектованість фізичними особами штатних посад у 2015 р. становила 74,32%.

Порівняно з 2014 р. кількість штатних посад зросла на 10,6%, зайнятих посад – на 8,1%, кількість фізичних осіб – на 8,4%, а укомплектованість – знизилася на 2,2%.

#### *Лікарі-психологи у психіатричній службі*

Кількість штатних посад лікарів-психологів у 2015 р. становила 84,5 посади, це на 12,7% більше, ніж у 2014 р., зайнятих посад – 68,5 (на 5,4% більше, ніж у 2014 р.). Фізичних осіб – 70 (на одну посаду менше, ніж у 2014 р.).

Кількість штатних посад лікарів-психологів у психіатричній мережі складала у 2015 р. 84,5 посади, або 0,20 на 100 тис. нас. і займала 38% від загальної кількості лікарів-психологів. Кількість зайнятих посад – 68,5 посади, або 0,16 на 100 тис. нас. і займала 40,2% від загальної кількості лікарів-психологів, кількість фізичних осіб становила 70 осіб, або 0,16 на 100 тис. нас. і займала 42,4% від загальної кількості фізичних осіб лікарів-психологів.

#### *Психологи у психіатричній службі*

Кількість штатних посад психологів у психіатричній мережі у 2015 р. становила 377,75 посади, або 0,88 на 100 тис. нас. (на 7,1% менше, ніж у 2014 р.), кількість зайнятих посад – 413,5 посади, або 0,96 на 100 тис. нас. (на 6,8% більше, ніж у 2014 р.). Кількість фізичних осіб – 418, або 0,98 на 100 тис. нас. (на 8,9% більше, ніж у 2014 р.).

#### *Захворюваність і поширеність розладів психіки та поведінки*

Захворюваність класу Б за МКХ 10-го перегляду «Розлади психіки та поведінки» (наркологія: диспансерна і профілактична групи нагляду; психіатрія: диспансерна і консультативна групи нагляду) у 2015 р. в Україні складала 194479 осіб, або 454,8 на 100 тис. нас. (на 1,2% менше, ніж у 2014 р.).

Поширеність розладів психіки та поведінки (психіатрія і наркологія) за тими ж групами нагляду у 2015 р. становила 1681577 осіб, або 3932,6 на 100 тис. нас. (на 0,15% менше, ніж у 2014 р.).

Захворюваність на розлади психіки та поведінки (диспансерна і консультативна групи нагляду) у 2015 р. становила 80870 осіб, або 189,1 на 100 тис. нас. (на 1,6% більше, ніж у 2014 р.).

Поширеність розладів психіки та поведінки (диспансерна і консультативна групи нагляду) у 2015 р. становила 981635 осіб, або 2295,7 на 100 тис. нас. (на 0,7% більше, ніж у 2014 р.).

Захворюваність на наркологічні розлади (диспансерна група нагляду) у 2015 р. склала 32 587 осіб, або 76,21 на 100 тис. нас. (на 5,8% менше, ніж у 2014 р.).

Поширеність наркологічних розладів (диспансерна група нагляду) в Україні у 2015 р. становила 537 385 осіб, або 1256,8 на 100 тис. нас. (на 1,3% менше, ніж у 2014 р.).

*Інвалідність через розлади психіки та поведінки*

Кількість осіб із розладами психіки та поведінки, які визнані інвалідами первинно, у 2015 р. в Україні сягнула 10 179 осіб, або 23,8 на 100 тис. населення. Порівняно з 2014 р. вона зросла на 2,15%.

Контингент осіб із розладами психіки та поведінки, який має інвалідність на кінець 2015 р., становив 258 375 осіб, або 604,25 на 100 тис. нас. (на 2,0% більше, ніж у 2014 р.). Цей контингент осіб у 2015 р. становив 26,3% від усієї кількості осіб із розладами психіки та поведінки, які знаходились під диспансерним і консультативним наглядом у психоневрологічних закладах України.

*Госпіталізована захворюваність (психіатрія)*

Кількість осіб із розладами психіки та поведінки, які надійшли у психіатричні стаціонарні ЗОЗ системи МОЗ України у 2015 р. складала 184 244 особи, або 430,9 особи на 100 тис. нас. (на 0,3% більше, ніж у 2014 р.). Ця кількість становила 18,8% від кількості осіб із розладами психіки та поведінки, які перебували під наглядом.

Повторно госпіталізовані особи з розладами психіки та поведінки протягом 2015 р. становили 23,7% (у 2014 р. – 24,6%) від кількості усіх госпіталізованих із розладами психіки та поведінки, госпіталізовані у примусовому порядку – 1,8% (у 2014 р. – 1,2%) від усіх госпіталізованих осіб із розладами психіки та поведінки. З усіх госпіталізованих частка госпіталізованих уперше в житті склала 20,34% (у 2014 р. – 20,48%).

*Госпіталізована захворюваність (наркологія)*

У наркологічні і психіатричні стаціонари України у 2015 р. надійшло 112 819 осіб із розладами психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин, або 263,8 на 100 тис. нас. (як і в 2014 р.).

Кількість госпіталізованих осіб із диспансерної групи нагляду становила 88,0% усіх госпіталізованих із розладами психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин, повторність надходження до усіх госпіталізованих з наркологічними розладами у даному році складала 24,0% (у 2014 р. – 24,87%), уперше в житті надійшло у стаціонари 43,8% від усіх госпіталізованих із наркологічними розладами (у 2014 р. – 44,2%). Питома вага госпіталізованих до осіб із розладами психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин під наглядом – 16,12% (у 2014 р. – 15,9%). Госпіталізовані у примусовому порядку 0,28% від усіх госпіталізованих з наркологічними розладами (у 2014 р. – 0,20%).

*Надання медичної допомоги військовослужбовцям – учасникам АТО внаслідок здійснення навмисного самоушкодження (суїцидальної спроби)*

Протягом 2015 р. лікувальними закладами МОЗ України, за направленнями лікарів МО України, надавалась медична допомога військовослужбовцям (учасникам АТО), які здійснили навмисне самоушкодження (суїцидальну спробу).

Усього у 2015 р. з цього приводу було проліковано 29 осіб, у т.ч. чоловіків – 27. За віком вони розподілились наступним чином: 21–30 років – 11 осіб; 31–40 років – 13 осіб; 41–

50 років – 5 осіб. Переважна більшість з них (28 осіб) здійснювала суїцидальну спробу вперше. Серед механізмів суїциду найчастіше зустрічались вогнепальні поранення (6 осіб), пошкодження вен (5 осіб), повішення (4 особи).

## **2.9. Медико-соціальні аспекти вживання алкоголю населенням та стратегії протидії**

У сучасних умовах суспільного розвитку з притаманними йому глобалізацією, швидкою урбанізацією, комерціалізацією, маркетинговою, значною неконтрольованою мобільністю, агресивною рекламою алкоголю, збільшенням доступності алкогольних напоїв, населення багатьох країн світу стикається зі зростанням тягаря хвороб, пов'язаних із нездоровою поведінкою, перш за все через шкідливе вживання алкоголю. На світовому, регіональному і національному рівнях пріоритетне місце займає епідемія неінфекційних хвороб, яка обумовлює значні медико-соціальні втрати, масштабні економічні збитки, гальмує прогрес у досягненні стратегічних цілей людського розвитку.

Провідними причинами більшості неінфекційних хвороб є чотири поведінкові фактори ризику, серед яких визначальну роль відіграє зловживання алкоголем.

Алкоголь виступає провідним фактором ризику, займаючи перше-друге місце за впливом на формування глобального тягаря хвороб у багатьох країнах. За даними ВООЗ, шкідливе вживання алкоголю є причинним фактором понад 200 порушень здоров'я, пов'язаних із хворобами і травмами. Близько 5,1% загального глобального тягаря хвороб і травм обумовлено алкоголем за оцінками в показниках DALY. Дослідження «Глобальний тягар хвороб, травм і причин ризику» (2010 р.), показало, що протягом 1990–2010 рр. втрата здорових років життя в результаті вживання алкоголю збільшилася на 32%. Споживання алкоголю призводить до смерті та інвалідності на більш ранніх стадіях життя людини. Серед населення у віці 20–39 років приблизно 25% всіх випадків смерті пов'язано з алкоголем. Алкоголь – одна з провідних причин передчасної смертності чоловіків у віці 40–60 років, що обумовлює розрив у тривалості життя чоловіків і жінок. Існує причинно-наслідковий зв'язок між шкідливим вживанням алкоголю і цілим рядом психічних і поведінкових розладів, інших неінфекційних порушень здоров'я, а також травм. Встановлено причинно-наслідкові зв'язки між шкідливим вживанням алкоголю і захворюваністю на туберкульоз, а також ВІЛ/СНІД. Крім наслідків для здоров'я шкідливе вживання алкоголю завдає значних соціальних й економічних збитків окремим людям і суспільству в цілому. Завдана алкоголем шкода виходить за рамки фізичного і психологічного здоров'я осіб, що ним зловживають. Він серйозно позначається на добробуті суспільства, здоров'ї та якості життя оточуючих.

Алкоголь відчутно впливає на демографічну ситуацію в Україні, бо є причиною меншої тривалості життя порівняно з країнами Європейського регіону.

Прямі та непрямі економічні втрати внаслідок алкоголізації населення завдають істотної шкоди соціально-економічному розвитку країни. Вживання алкоголю у великих кількостях призводить до погіршення демографічної ситуації, зростання травматизму, насилля в суспільстві і сім'ях, зниження продуктивності праці, сприяє безробіттю, бідності. Розміри прямих і побічних економічних втрат внаслідок шкідливого вживання алкоголю населенням оцінюються в світовому масштабі в 210–665 млрд дол. США на рік і досягають в країнах 2–5% ВВП.

З огляду на ситуацію щодо вживання алкоголю та пов'язаних з ним проблем скорочення його споживання, профілактика алкоголізму та організація медичної допомоги хворим – надзвичайно актуальна для багатьох країн світу проблема, що вимагає вирішення на різних рівнях охорони здоров'я, починаючи від глобального і закінчуючи місцевим. Актуальність цього питання обумовлена великими медичними, соціальними та економічними втратами, які несе суспільство в цілому, окремі громади і родини.

ВООЗ піднімала питання боротьби зі зловживанням алкоголем на ряді форумів, на сесіях Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (ВАОЗ), починаючи з 1979 р. Прийнято низку резолюцій, стратегій, зокрема Глобальну стратегію скорочення шкідливого вживання алкоголю. Усі регіони ВООЗ розробили свої регіональні стратегії, які імплементуються в національні плани дій та програми. Але реалізація їх у багатьох країнах поки не принесла бажаних результатів.

Цілком очевидно, що існуюча система профілактики небезпечного і шкідливого вживання алкоголю і лікування хвороб, пов'язаних з алкоголем, виявляється неефективною, не відповідає сучасним суспільним потребам. Це обумовлює необхідність обґрунтування нових підходів до профілактики небезпечного і шкідливого вживання алкоголю, раннього активного виявлення осіб, що зловживають алкоголем, організації надання своєчасної професійної допомоги, реабілітації та ресоціалізації таких хворих.

Вивчення вітчизняного і світового досвіду боротьби із зловживанням алкоголем; аналіз рівнів, структури і динаміки захворюваності, рівнів і динаміки смертності від хвороб, асоційованих з алкоголем; оцінка інформації про стан профілактичної діяльності в первинній ланці охорони здоров'я щодо профілактики споживання алкоголю дозволили визначити масштаби поширеності цього чинника ризику розвитку неінфекційних захворювань, встановити існуючі проблеми та потреби, сформувавши підґрунтя для розробки адекватних профілактичних заходів. Інформаційною базою стали: дані Європейської бази даних «Здоров'я для всіх», Центру медичної статистики МОЗ України, анкети соціологічного опитування лікарів первинної ланки охорони здоров'я, стратегічні та програмні документи ВООЗ, Європейського регіонального бюро ВООЗ.

Аналіз даних світової та європейської статистики свідчить, що рівень споживання алкоголю має істотні відмінності в окремих регіонах і негативну тенденцію. Незважаючи на те, що алкогольні напої споживає лише половина населення земної кулі, алкоголь є третьою за величиною причиною хвороб і передчасної смерті. У світі кожен із 3–4 чоловіків і кожна з 10 жінок вживають алкоголь, 140 млн страждають від алкогольної залежності. У середньому на душу населення в світі припадає 6,2 л чистого алкоголю, хоча спостерігається нерівномірний розподіл по регіонах.

Найвищі рівні зловживання алкоголем реєструються в Європі та Америці. Європейський регіон ВООЗ характеризується високим споживанням алкоголю в світі, що вдвічі перевищує середньосвітові показники в перерахунку на душу населення і становить 12,2 літра.

Аналіз Європейської бази даних «Здоров'я для всіх» свідчить про тенденцію до скорочення протягом 2000–2011 рр. річного споживання алкоголю на душу населення в перерахунку на чистий спирт в країнах Європейського Союзу з 11,0 л до 9,9 л, в Європейському Регіоні ВООЗ в цілому – з 8,9 л до 8,7 л, та суттєве збільшення його споживання в країнах СНД – з 7,2 л до 8,6 літра. Найвищі рівні споживання алкоголю на душу населення у Молдові (18,2 л), Чехії (16,5 л), Угорщині (16,3 л), Російській Федерації (15,8 л). Україна в світовому рейтингу займає наступне місце з показником споживання

алкоголю на душу населення 15,6 літра. Простежується негативна тенденція до зростання цього показника з 5,4 л у 2002 р. до 15,6 л в 2014 році.

Населення України переважно споживає алкогольні напої вітчизняного виробництва. Частка продажу алкогольних напоїв, які вироблені на території України, у товарообороті торгової мережі підприємств становила: від 68,0% (вина) – 80,1–80,5% (коньяк, вина ігристі) до 81,7% (горілка та лікєро-горілки) – 88,5% (пиво) – 92,6% (слабоалкогольні напої) у 2013 р. та 67,8%, 79,8%, 82,3%, 79,7%, 90,0% та 94,4% в 2014 р. відповідно.

Витрати населення на алкоголь є показником алкогольної ситуації. Незважаючи на зниження купівельної спроможності населення країни останніми роками, витрати населення на спиртне та тютюн залишаються стабільно значними. За даними Держстату України, частка витрат пересічного українця у торговельній мережі на спиртне та тютюн становить від 6,5% до 8,0% (розраховані витрати населення тільки в тих торгових точках, де видають товарні чеки) (табл. 2.9.1).

Алкоголь сьогодні серед найбільш популярних продуктів споживання українських громадян. За даними асоціації «Український клуб аграрного бізнесу», населення України споживає в чотири рази більше алкогольних напоїв, ніж молока. За розрахунками, підприємства України в 2014 р. виробили близько 1,1 млрд л промислового питного молока, а вітчизняна промисловість, незважаючи на спад виробництва, виробила близько 2,4 млрд л пива, 0,2 млрд л горілки і 0,2 млрд л лікерів і вин.

Таблиця 2.9.1

**Витрати пересічного українця на алкоголь та тютюн**

I півріччя 2014 р.			I півріччя 2015 р.		
Витрати	абс. (грн)	%	Витрати	абс. (грн)	%
Усього	4679	100,0	Усього	5160	100,0
з них на харчові продукти	2007	42,9	з них на харчові продукти	2174	42,1
у т.ч. на спиртне	365	7,8	у т.ч. на спиртне	336	6,5
тютюн	313	6,7	тютюн	341	6,6

Особливу тривогу викликає домінуюча модель споживання алкоголю: ранній вік початку вживання, часте вживання у великих дозах, переважно міцних спиртних напоїв, зі значною часткою неякісних і небезпечних. Так, у структурі споживання населенням України алкогольних напоїв переважають міцні напої (48%) і пиво (40%), на вино припадає 9% всіх споживаних алкогольних напоїв. За показником споживання міцних спиртних напоїв Україна посідає сьоме місце в рейтингу європейських країн. Ще однією новою проблемою є так званий «пивний» алкоголізм.

Водночас слід зазначити, що незважаючи на зменшення вітчизняного виробництва алкогольних напоїв, що спостерігається останніми роками, воно продовжує сприяти північному типу споживання алкоголю населенням, тому що орієнтоване, як і раніше, переважно на виробництво міцних алкогольних напоїв (табл. 2.9.2).

Таблиця 2.9.2

**Виробництво алкогольних напоїв в Україні у 2009–2015 рр. (млн дал)**

Алкогольний напій	Рік					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Горілка, інші міцні спиртові напої	42,4	33,3	33,8	28,0	21,9	18,6



Лікери, солодкі наливки, спиртові настоянки, горілка інша, інші спиртові напої	11,5	12,0	11,4	11,5	10,4	8,74
Коньяки, бренді	3,2	4,3	4,6	4,5	2,6	2,95
Вино (виноградне, плодово-ягідне та іскристе)	36,1	21,8	18,0			
Пиво солодове, включаючи пиво безалкогольне і пиво з вмістом алкоголю менше 0,5%	310,1	305,1	300,0	274,0	241,0	194,0

Аналітики ринку алкогольної продукції відзначають, що тенденція скорочення не свідчить про зменшення споживання, бо не враховує контрафактну продукцію. Більше того, обсяги нелегального ринку алкогольних напоїв в Україні, ймовірно, зростають. За даними ВООЗ, Україна є єдиною країною Європи, у якій обіг незареєстрованого алкоголю становить 36% ринку, а також рекордсменом за абсолютним обсягом спожитого тіншового алкоголю: п'ять літрів чистого спирту на одну людину на рік.

Підлітковий вік – найбільш небезпечний вік з точки зору звикання до алкоголю та алкоголізації, особливо для дівчат. Вживання алкогольних напоїв сьогодні серед підростаючого покоління досить поширене. Так, за даними Українського інституту соціальних досліджень імені О. Яременка, виконання міжнародного дослідницького проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» («Health Behaviour in School-aged Children» – HBSC) за підтримки Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ), учасником якого є Україна з 2002 р. (в опитуванні у 2014 р. взяли участь 11390 респондентів), показало, що кожний сьомий серед 11-річних та 76% 17-річних молодих людей мають досвід споживання будь-якого алкогольного напою. Кожен десятий хлопець та 6% дівчат спробували алкоголь ще у віці 11 років або раніше. Майже кожен четвертий підліток віком від 13 до 17 років раз на місяць вживає міцні алкогольні напої. Більше половини 17-річної молоді (61%) зазначили, що хоча б один раз були у стані алкогольного сп'яніння. Результати соціологічного дослідження «Молодь України-2015», проведеного компанією GfK Ukraine, засвідчили, що впродовж останнього тижня 25% респондентів віком 14–34 роки вживали пиво, 6% – міцні алкогольні напої, 5% – вино, 4% – самогон або інші напої, 3% – слабоалкогольні напої. Загалом 27% молодих людей (40% чоловіків і 14% жінок) протягом останнього тижня вживали алкогольні напої хоча б одного виду, а 3% з них (5% чоловіків і 1% жінок) вживали алкогольні напої щодня.

Факт ознайомлення дітей та підлітків з алкоголем сам по собі не є критерієм оцінки міри алкоголізації. Однак осіб, які майже щоденно вживають ті чи інші алкогольні напої, вже можна з великою вірогідністю відносити до алкогользалежних осіб.

Аналіз даних ВООЗ щодо вживанню алкоголю серед різних груп населення показав, що в Україні у 2010 р. епізодично вживали алкоголь 22,6% населення, в т.ч. 35,2% чоловіків і 12,1% жінок. У розрахунку на осіб, які споживають алкоголь, епізодичними споживачами були 33,0% з них, у т.ч. 47,9% чоловіків і 18,8% жінок.

Непитущими вважали себе 31,7% населення старше 15 років, у т.ч. 26,5% чоловіків і 35,9% жінок. Серед непитущих ніколи не вживали алкоголю 12,5% населення, у т.ч. 7,9% чоловіків і 16,4% жінок, кинули вживати алкоголь 19,1%, у т.ч. 18,6% чоловіків і 19,6% жінок.

У розрахунку на все населення на одну людину старше 15 років у 2008–2010 рр. припадало 13,9 л алкоголю в перерахунку на чистий спирт, з яких 8,9 л склав врахований алкоголь і 5,0 л – неврахований. Порівняно з 2003–2005 рр. у 2008–2010 рр. відбулося деяке зниження споживання – на 2,8%. Серед осіб, які регулярно споживають спиртні напої, рівень

споживання досяг у 2010 р. 20,3 л у перерахунку на чистий спирт, у т.ч. 30 л – на одного чоловіка, 11,2 л – на одну жінку.

Реальний стан споживання спиртних напоїв свідчить про їх високі рівні, нездорові моделі споживання і високу потребу в ефективних стратегіях скорочення поширеності цього фактора ризику нездоров'я. Вплив споживання алкоголю на порушення здоров'я, захворюваність і смертність, значною мірою визначається двома окремими, але взаємопов'язаними, параметрами вживання алкоголю – загальним обсягом і моделлю споживаного алкоголю.

Контекст вживання алкоголю відіграє важливу роль з точки зору заподіяння шкоди, пов'язаної з алкоголем, зокрема це стосується наслідків алкогольної інтоксикації для здоров'я і в рідкісних випадках якості алкоголю. Вживання алкоголю може впливати не тільки на захворюваність, травматизм і виникнення інших порушень здоров'я, але й на перебіг таких станів і їх результати.

Аналіз даних світової статистики свідчить, що близько 3 млн людей щорічно вмирають у результаті зловживання алкоголем, що становить приблизно 5,9% всіх випадків смерті і 5,1% глобального тягаря хвороб. Причиною більше половини цих випадків є хронічна патологія, включаючи рак, серцево-судинні захворювання і цироз печінки. Алкоголь є третьою в світі і другою в Європі причиною формування глобального тягаря хвороб. Із цим фактором ризику пов'язано 6,3% всіх смертей серед європейців, 10,8% глобального тягаря хвороб серед населення країн Європейського регіону ВООЗ.

Особливості та тенденції популяційного здоров'я населення Європейського регіону ВООЗ необхідно аналізувати в ширшому контексті демографічних, соціально-економічних, екологічних детермінант тощо. Смертність від причин, пов'язаних з алкоголем, зменшилася в Європейському Регіоні ВООЗ протягом 1991–2012 рр. на 33,4%, в країнах Європейського Союзу – на 48,8%, в країнах СНД зросла протягом 1991–2005 рр. на 15,3%.

Дані Державної служби статистики та МОЗ України свідчать, що в країні від причин, безпосередньо викликаних алкоголем, щорічно вмирає 12–13 тис. осіб, опосередковано – близько 100 тисяч. Він у 30% випадків є причиною передчасної смерті українських чоловіків.

Аналіз даних Центру медичної статистики МОЗ України свідчить, що протягом 2015 р. у закладах охорони здоров'я було зареєстровано 2,0 тис. гострих алкогольних психозів, 26,9 тис. нових випадків хронічного алкоголізму, 3,5 тис. нових випадків захворювань на наркоманії. Усього у 2015 р. на обліку в закладах охорони здоров'я перебувало 535,9 тис. осіб, з яких 471,9 тис. з приводу хронічних алкогольних розладів, 60,2 тис. – з приводу наркоманій, 3,8 тис. – з приводу гострих психотичних алкогольних розладів.

Впродовж 2010–2015 рр. захворюваність на розлади психіки і поведінки внаслідок вживання алкоголю за даними звернень до закладів охорони здоров'я мала тенденцію до зниження. Порівняно з 2014 р. показники захворюваності на хронічні алкогольні синдроми зменшилися на 5,7%, на гострі алкогольні психотичні розлади – на 11,7%, на наркоманії – на 3,4%.

Аналіз захворюваності населення внаслідок вживання алкоголю в регіональному аспекті виявив високі рівні захворюваності на гострі психотичні алкогольні розлади в Черкаській (13,7 випадку на 100 тис. нас.), Вінницькій (12,4), Чернігівській (11,3), Івано-Франківській (9,2), Донецькій (9,1) областях при середньому показнику в Україні 4,7 випадку на 100 тис. населення.

Захворюваність на хронічні алкогольні синдроми була найвищою в Київській (164,2 випадку на 100 тис. нас.), Хмельницькій (119,2), Миколаївській (103,8), Луганській (97,6) областях, що в 1,6–2,6 рази перевищує середньоукраїнський показник.

Що стосується захворюваності на наркоманії, то найвищі її рівні зареєстровано у Запорізькій (19,6 випадку на 100 тис. нас.), Дніпропетровській (17,7), Кіровоградській (17,3), Полтавській (14,9) областях при середньому в Україні показнику 8,4 випадку на 100 тис. населення.

Поширеність гострих психотичних алкогольних розладів у 2015 р. була найвищою у Хмельницькій (37,2 випадку на 100 тис. нас.), Черкаській (23,3), Івано-Франківській (21,2), Донецькій (17,4), Чернігівській (16,0) областях. У більшості вказаних областей зареєстровано також найвищі рівні поширеності хронічних алкогольних розладів (Хмельницька, Чернігівська, Івано-Франківська області). Поширеність наркоманій була значною у Запорізькій (364,1 випадку на 100 тис. нас.), Кіровоградській (251,3), Донецькій (247,3), Одеській (232,1), Миколаївській (206,9) при середньому в країні показнику 140,8 випадку на 100 тис. населення.

У чоловіків зловживання алкоголем на 18,3% формує глобальний тягар хвороб (DALY) і займає друге місце серед усіх чинників ризику, у жінок – на 4,3%, що визначає шосте місце.

Заважає ефективній протидії алкоголізації населення й той факт, що акциз на алкогольні напої наразі – важлива складова бюджету країни. Загалом акцизи (тютюн, алкоголь, бензин моторний та інші нафтопродукти, транспортні засоби) – третє за значущістю джерело наповнення бюджету України (майже 45,0 млрд грн, що становило 9,9% у 2014 р.). У структурі акцизних доходів (2014 р.) на алкоголь припадало 21,4%. У 2016 р. планується поповнити бюджет додатковими 18,1 млрд грн за рахунок збільшення ставок акцизного податку на тютюнові вироби та алкогольні напої.

Тягар проблем, пов'язаних з алкоголем, значною мірою можна попередити, що підтверджують численні фактичні дані, які свідчать про ефективність окремих стратегій і заходів зі скорочення шкоди, пов'язаної зі зловживанням алкоголем. З огляду на багатоплановість і комплексність проблем громадського здоров'я, пов'язаних зі спиртними напоями, для їх ефективного вирішення необхідне застосування різних варіантів стратегій та елементів політики, спрямованої на попередження шкідливого вживання алкоголю.

Досвід показує, що антиалкогольні заходи повинні стосуватися як усього населення, так і уразливих груп та конкретних осіб з алкогольними проблемами. План дій потрібно спрямовувати на зниження шкоди від вживання алкоголю, спираючись на переконливі фактичні дані, культурні особливості, місцеві потреби тощо.

Успішність антиалкогольних стратегій залежить від наявності політичної прихильності, послідовності, рішучості з боку багатьох партнерів у рамках міжгалузевого підходу. Реалізація заходів боротьби із зловживанням алкоголем повинна охоплювати всі рівні, починаючи з родини, громади, стосуватися різнобічних аспектів життя і діяльності, включаючи політику щодо управління транспортними засобами в нетверезому стані, доступності алкогольних напоїв, регулювання їх збуту, цінової політики.

ВООЗ послідовно проводить політику, спрямовану на скорочення споживання алкоголю, відображену в 10 резолюціях Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я. Ще в 1979 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я в резолюції WHA 32.40 визнала, що «Проблеми,

пов'язані з алкоголем, особливо з його надмірним споживанням, відносяться до найбільш серйозних проблем громадського здоров'я». На 61-й сесії ВАОЗ у 2008 р. була прийнята резолюція «Про стратегію скорочення шкідливого вживання алкоголю», яка закликала до розробки проекту глобальної антиалкогольної стратегії.

На основі існуючого досвіду та науково доведених даних ВООЗ визначила ряд високоефективних стратегій і заходів для профілактики неінфекційних захворювань, скорочення факторів ризику їх розвитку. Розроблено ряд стратегічних документів, у т.ч. Глобальна стратегія скорочення шкідливого вживання алкоголю (2010 р.). Серед ефективних заходів, передбачених стратегією, важливим є обмеження реклами алкогольних напоїв, обмеження числа точок продажу алкогольної продукції і скорочення часу продажу, підвищення роздрібних цін на спиртні напої за рахунок податків, інформування про шкоду алкогольних напоїв, поступове зниження допустимих норм вмісту алкоголю в крові водіїв.

У Європейському регіоні ВООЗ прийнято ряд важливих стратегічних і програмних документів профілактичного спрямування, зокрема «Основи нової Європейської політики в охороні здоров'я «Здоров'я-2020» (2012 р.), декларація І Глобальної міністерської конференції щодо здорового способу життя та боротьби з неінфекційними захворюваннями (2011 р.), Європейська стратегія профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями на 2012–2016 рр., Європейський план дій по скороченню шкідливого вживання алкоголю на 2012–2020 рр. (2012 р.).

Європейський план дій по скороченню шкідливого вживання алкоголю на 2012–2020 рр. передбачає десять напрямків дій, а саме розвиток лідерства, інформованості і прихильності; заходи на рівні служб охорони здоров'я; дії в громадах і на робочих місцях, політику і контрзаходи з управління транспортними засобами в стані алкогольного сп'яніння; зменшення доступності алкогольних напоїв; маркетинг і відповідну цінову політику; зменшення негативних наслідків вживання алкоголю та алкогольного сп'яніння; зменшення наслідків для громадського здоров'я, пов'язаних зі спиртними напоями, виготовленими незаконно і в неорганізованому секторі; моніторинг та епідагляд.

Аналіз положень Європейський план дій по скороченню шкідливого вживання алкоголю на 2012–2020 рр. свідчить про необхідність застосування всебічних комплексних дій, поєднання підходів, спрямованих на зниження ризиків на рівні всього населення, зі стратегіями, націленими на окремих осіб з груп підвищеного ризику або з виявленими захворюваннями. Дії на рівні всього населення включають всебічну політику по боротьбі проти алкоголю, оподаткування з метою зниження споживання алкогольних напоїв. На індивідуальному рівні дієвими профілактичними заходами є формування здорового способу життя, пропаганда здорової поведінки, відмова від споживання і зловживання алкоголем.

В Україні порівняно з країнами ЄС недостатньо застосовуються стимули для зменшення споживання алкоголю. Так, якщо в ЄС вартість 1 пляшки горілки перевищує вартість молока мінімум в 10 разів, то в Україні цей показник становить близько 3. За даними Євростату (2012 р.), відношення роздрібною ціни пляшки горілки до пляшки пива в Україні становить 5,6 разу, у той час як країнам ЄС більш притаманне співвідношення 10 до 1, зокрема у Латвії – 19,4 разу, Словенії – 13,7 разу, Литві – 13,1 разу, Франції – 11,9 разу, Німеччині – 10,5 разу.

Слід зазначити, що в 2015 р. було розроблено низку заходів щодо вдосконалення механізмів контролю запобігання виробництву та реалізації нелегальної продукції, зокрема

встановлення мінімальних цін. З цією метою прийнято постанову Кабінетом Міністрів України від 17.06.2015 №1426, якою внесено зміни у додаток до постанови Кабінетом Міністрів України від 30.10.2008 №957 щодо розміру мінімальних оптово-відпускних і роздрібних цін на окремі види алкогольних напоїв. Зокрема встановлено розмір цін, що застосовуються до 31.08.2015 р. та з 01.09.2015 р. Так, з 01.09.2015 р. встановлено наступний розмір мінімальних оптово-відпускних і роздрібних цін на окремі види алкогольних напоїв як вітчизняного, так і імпортного виробництва: мінімальна ціна за 1 пляшку горілки та лікєро-горілочаних виробів місткістю 0,5 літра та міцністю 40% повинна бути оптово-відпускна – 35,1 грн, а роздрібна – 54,9 гривні.

З 1 липня 2015 р. набули чинності зміни до Податкового кодексу, що були ухвалені Верховною Радою України в грудні 2014 р., за якими усі напої, що містять спирт етиловий в кількості понад 0,5% об'ємних одиниць, віднесені до категорії алкогольних напоїв, зокрема ця норма стосується пива. Це означає, що відтепер і на пиво повинні поширюватися усі норми законодавства, що регулюють алкогольну галузь. На практиці це призведе до зменшення доступності придбання пива, тому що воно буде заборонено через дрібно-роздрібну торговельну мережу. Торгівля пивом вимагатиме ліцензії (річна на оптову продажі становить 0,5 млн грн, а для роздрібно-торгівлі – 8,0 тис. грн у містах і 0,5 тис. на селі) та наявності касового апарату. Важливо, що на пиво почали розповсюджуватися всі обмеження щодо рекламування алкоголю, у т.ч. забороняється реклама пива на телебаченні і радіо в денний час, зовнішня реклама, використання брендіваних меблів, келихів, парасольок, а також спонсорство, зокрема і спортивних команд. Тим самим Україна долучилася до тих країн (Велика Британія, Данія, США, Швеція тощо), де алкогольними вважаються напої із вмістом спирту від 0,5%.

Важливу роль відіграє діяльність закладів охорони здоров'я, що дозволяє виявляти осіб із високим ризиком розвитку алкогольної залежності на ранніх стадіях за допомогою простих методик, таких як таблиці для прогнозування конкретних ризиків. При ранньому виявленні ефективним є використання недорогого лікування. Об'єднання економічно ефективних заходів первинної медичної допомоги зі стратегіями профілактики серед всього населення може мати серйозний вплив на скорочення зловживання алкоголем. Зміцнення систем охорони здоров'я для здійснення найбільш вигідних заходів за допомогою підходу, заснованого на первинній медичній допомозі, є важливим практичним кроком із досягнення загального охоплення населення профілактичними послугами і скорочення шкідливого вживання алкоголю.

Вивчення рівня знань, умінь і прихильності фахівців первинної ланки профілактичній роботі з попередження та скорочення вживання алкоголю виявило, що бесіди з пацієнтами про необхідність скорочення вживання алкоголю проводять тільки 25,5% лікарів первинної ланки. Що стосується корекції алкогольної поведінки, то постійно в рамках прийому нею займаються 49,4% фахівців, час від часу наполягають на зменшенні вживання алкоголю 21,3% лікарів, 3,8% – ніколи. Практично всі опитані підтвердили, що метою профілактичних втручань повинна бути зміна поведінки пацієнтів в напрямку, який вважається правильним з медичної точки зору (97,3%). Водночас 94,1% опитаних медичних працівників вказали, що успіх заходів зі зміцнення здоров'я і профілактики захворювань залежить, головним чином, від мотивації учасників.

У ході дослідження виявлено недостатній рівень знань про здоровий спосіб життя і способи профілактики факторів ризику, насамперед шкідливого вживання алкоголю, у певної

частини працівників первинної ланки. Це свідчить про необхідність впровадження програм раннього виявлення і короткого консультування для людей із небезпечним і шкідливим рівнем вживання алкоголю в закладах первинної медичної допомоги, спеціалізованої акушерсько-гінекологічної, травматологічної служб, екстреної (швидкої) медичної допомоги, у закладах соціального забезпечення, на підприємствах і в організаціях, у навчальних закладах.

Інформаційні, освітні та методичні потреби працівників первинної ланки медичної допомоги з питань профілактики і лікування неінфекційних захворювань, у т.ч. алкогольної залежності, і чинників ризику їх розвитку полягають у високому попиті на лекційний матеріал, методичні розробки щодо здійснення профілактичних втручань і проведення тренінгів як оптимальної форми навчання та підвищення кваліфікації з питань профілактики. Зокрема існує висока потреба в розробці методичних рекомендацій для фахівців первинної ланки з виявлення осіб із небезпечним і шкідливим рівнем вживання алкоголю, з проведення коротких і поглиблених консультаційних втручань з профілактики та корекції поведінки щодо вживання алкоголю. Необхідно передбачити забезпечення відповідної підготовки фахівців первинної медичної допомоги, а також отримання адекватної оплати за проведення втручань з профілактики та допомоги в припиненні шкідливого вживання алкоголю. Необхідно забезпечити розвиток послуг щодо відмови від вживання алкоголю і лікування розладів, викликаних вживанням алкоголю, використовуючи засновані на фактичних даних поведінкові і фармакологічні методи лікування.

Важливими аспектами антиалкогольної політики є інвестування в шкільну освіту та інформаційно-просвітницькі кампанії, спрямовані на боротьбу з алкоголем, підтримка ініціатив місцевих громад та муніципалітетів щодо скорочення шкідливого вживання алкоголю, просування антиалкогольних заходів на робочих місцях, впровадження на робочому місці за запитом коротких порад та інформаційних програм антиалкогольного спрямування.

З огляду на комплексність проблеми надзвичайно важливим є створення на державному рівні адекватної структури суспільного здоров'я, яка буде забезпечувати реалізацію антиалкогольної політики, а також формування координаційного органу – Координаційної ради з проблем алкоголю за участі керівництва причетних відомств, представників недержавного сектору, професійних асоціацій та громадських об'єднань. Необхідним є проведення широких інформаційно-просвітницьких кампаній для населення з роз'ясненням шкоди алкоголю для людей, сімей та громад і заходів щодо зменшення цієї шкоди, можливостей лікування тощо.

Таким чином, алкоголізація населення залишається однією з актуальних проблем українського суспільства. Україні, як і більшості європейських країн, притаманна значна поширеність шкідливого вживання алкоголю, що сприяє розвитку епідемії неінфекційних захворювань, значним медико-соціальним втратам та економічним збиткам. У рейтингу країн Європейського регіону ВООЗ Україна посідає п'яте місце за споживанням алкоголю на душу населення.

Алкоголь є фактором, який відчутно впливає на здоров'я населення України. Переважна більшість населення не додержується тверезого способу життя. Алкоголь входить до числа продуктів, що користуються стійким та високим попитом серед населення. В Україні превалює північна модель споживання спиртного.

Високі рівні та нездорові моделі споживання алкоголю населенням України обумовлюють високі рівні захворюваності і смертності від неінфекційних захворювань та травм, що перевищують загальноєвропейські показники та показники країн ЄС.

На недостатньому рівні здійснюється проведення фахівцями первинної ланки консультування пацієнтів щодо зменшення ризику розвитку основних неінфекційних хвороб і корекції способу життя, зокрема поведінки щодо вживання алкоголю. Виявлено різний ступінь участі лікарів у здійсненні профілактичної роботи серед населення щодо попередження та зменшення вживання алкоголю в небезпечних і шкідливих дозах.

Високі рівні захворюваності та смертності від неінфекційних захворювань, обумовлені поширеністю шкідливого вживання алкоголю, вимагають обґрунтування і розробки сучасних стратегій та механізмів управління цим серйозним чинником ризику, боротьби з ним, формування у населення навичок здорового способу життя, профілактики асоційованих з алкоголем захворювань та надання якісної медичної допомоги пацієнтам із алкогольною залежністю.

Глобальна стратегія зі скорочення шкідливого вживання алкоголю і добровільні глобальні цілі, прийняті ВАОЗ в 2013 р, Європейський план дій зі скорочення шкідливого вживання алкоголю на 2012–2020 рр. свідчать про те, що країни повинні, серед іншого, приділяти першочергову увагу діям, спрямованим на скорочення шкідливого вживання алкоголю, розширювати зусилля для профілактики пов'язаних з ним хвороб і забезпечення доступу до основних технологій і лікарських засобів.

При розробці Національного плану дій щодо скорочення шкідливого вживання алкоголю необхідно враховувати національний контекст і рекомендації ВООЗ, у т.ч. підвищення ефективності діяльності служб охорони здоров'я, включаючи якісну профілактику і результативне лікування порушень, викликаних вживанням алкоголю, обмеження продажу і доступності алкогольних напоїв, протидію поширенню виготовлення і збуту алкогольних напоїв, виготовлених незаконно і в неорганізованому секторі, у т.ч. фальсифікатів, контрзаходи щодо управління автотранспортом у стані сп'яніння, активізацію діяльності місцевих громад, ослаблення впливу маркетингу алкогольної продукції.

Прийняття та реалізація в Україні на комплексній міжсекторальній основі Національного плану зі скорочення шкідливого вживання алкоголю дозволить скоротити поширеність цього чинника ризику розвитку неінфекційних захворювань серед населення; знизити передчасну смертність і інвалідність, обумовлені алкоголем, утвердити засади тверезого та здорового способу життя.

## **2.10. Характеристика захворюваності населення на ВІЛ-інфекцію/СНІД**

Проблема ВІЛ-інфекції багатовекторна та має вплив не тільки на медичні, але й демографічні та соціально-економічні аспекти суспільства. За даними ВООЗ та ЮНЕЙДС, у світі близько 35 мільйонів людей живе з ВІЛ-інфекцією (ЛЖВ), майже 2,5 млн щороку помирають від СНІДу.

В Україні у сфері протидії ВІЛ-інфекції спільно працюють міжнародні та вітчизняні організації. Незважаючи на скоординовану роботу державних та комунальних установ і закладів, громадських об'єднань, благодійних організацій та міжнародних партнерів, Україна все ще залишається регіоном із високим рівнем поширення ВІЛ. За оновленими оцінками

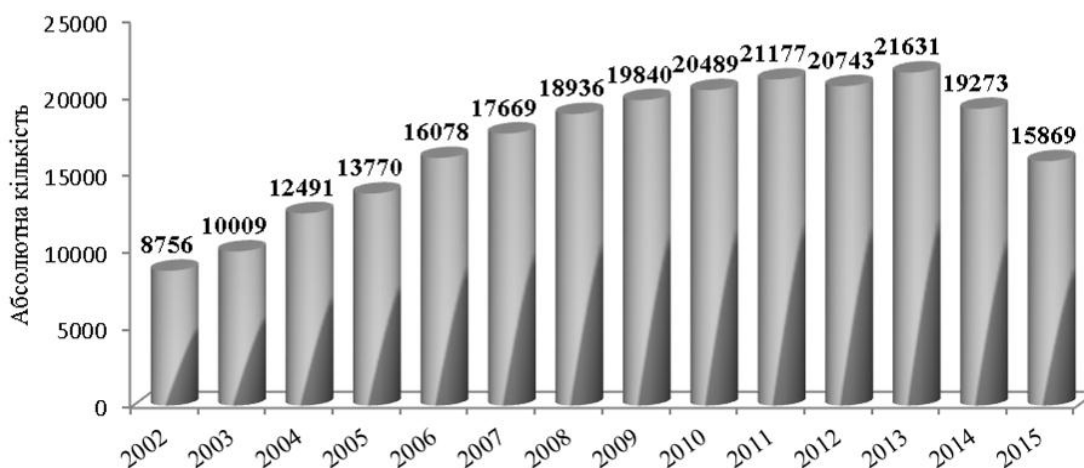
щодо ВІЛ/СНІДу, на початок 2015 року в Україні мешкало 223 тисячі людей з ВІЛ віком від 15 років і старші, що становило 0,58% населення у цій віковій категорії. Активність епідемічного процесу ВІЛ-інфекції підтримується за рахунок прихованого компоненту, оскільки майже половина оціночної кількості ЛЖВ не знає про свій ВІЛ-позитивний статус.

За даними сероепідеміологічного моніторингу (СЕМ), у 2015 р. обстежено на ВІЛ-інфекцію 2344741 громадянина України проти 2608063 у 2014 р. та 2758309 у 2013 р. Кількість позитивних результатів у 2015 р. зменшилась до 23 193 проти 27236 у 2014 р. та 29932 у 2013 р. Відповідно, поширеність ВІЛ зменшилась та склала у 2015 р. 0,99% проти 1,04% у 2014 р. та 1,09% у 2013 р. Зменшення показників пов'язане переважно з відсутністю даних з тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополя з 2014 р. та частини зони проведення антитерористичної операції – з 2015 року.

За період 1987–2015 рр. в Україні офіційно зареєстровано 280358 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у т.ч. 84 045 випадків захворювання на СНІД та 38457 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

Станом на 31.12.2015 р. на обліку у ЗОЗ перебувало 126604 ВІЛ-інфіковані громадяни України (показник поширеності 297,2 на 100 тис. нас.), у т.ч. 34016 хворих на СНІД (79,8 на 100 тис. нас.). Південні регіони, Дніпропетровська, Київська області та м. Київ є територіями з високим рівнем поширеності ВІЛ, західні області – з низьким рівнем.

У 2015 р. в Україні відмічається зниження кількості зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб – під медичний нагляд узято 15869 осіб проти 19273 у 2014 р. та 21631 у 2013 р., показник захворюваності склав 37,0 на 100 тис. нас. проти 44,8 та 47,6 у попередні роки (рис. 2.10.1). Проте у шести регіонах країни відмічається ріст захворюваності на ВІЛ-інфекцію (Волинська, Житомирська, Кіровоградська, Полтавська, Сумська, Тернопільська області).



Примітка: без урахування даних АР Крим, м. Севастополь з 2014 р., частини зони проведення антитерористичної операції – з 2015 р.

**Рис. 2.10.1. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України за період 2002–2015 рр.**

Серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб в Україні у 2013–2015 рр. переважала та поступово зростала питома вага чоловіків з 55,3% у 2013 р. до 56,9% у 2015 р., а жінок – знижувалась з 44,7% у 2013 р. до 43,1% у 2015 року. Жителі міста хворіли частіше (більш ніж 70%), разом з тим протягом останніх років відмічалось збільшення частки жителів села серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб.



У віковій структурі вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб в Україні протягом 2013–2015 рр. переважали особи віком 25–49 років (67–68%), тобто найбільшу частину складають ВІЛ-інфіковані особи репродуктивного та працездатного віку. Понад 18% становлять діти, народжені від ВІЛ-інфікованих матерів (рис. 2.10.2).

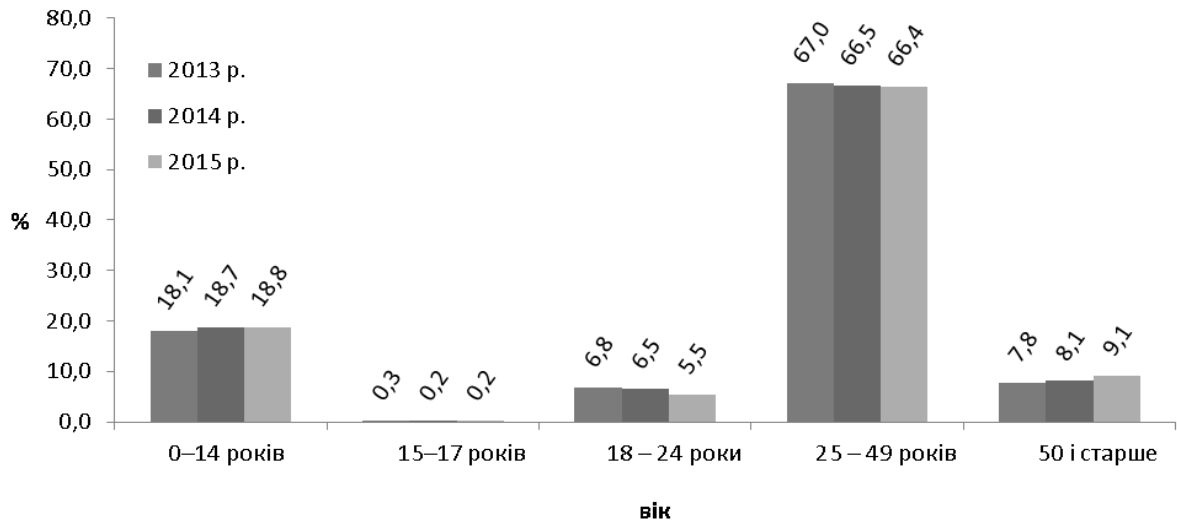
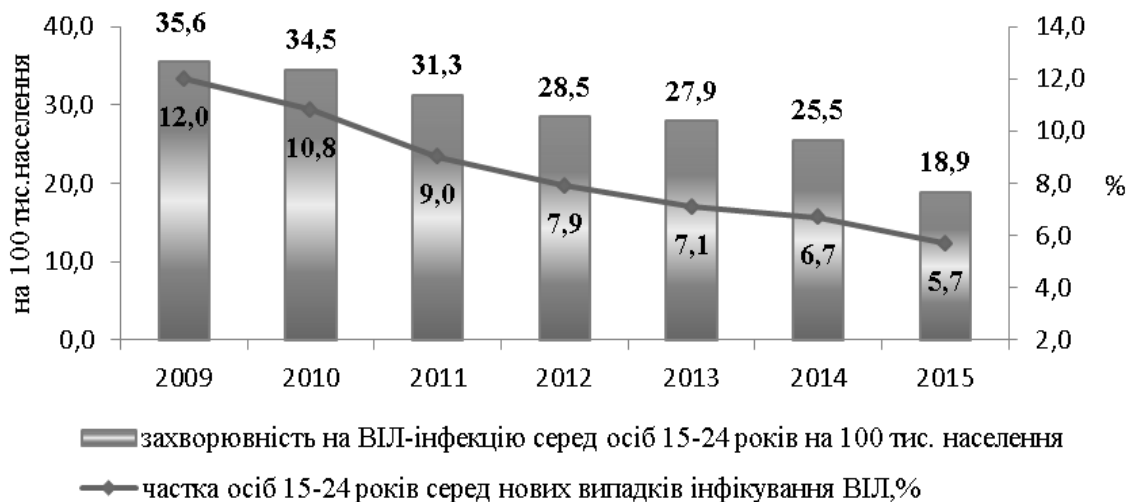


Рис. 2.10.2. Вікова структура вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб в Україні у 2013–2015 рр., %

У 2015 р. частка осіб у віковій групі 15–24 років серед вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції становила 5,7% проти 6,7% та 7,1% у попередні роки і має позитивну тенденцію до зниження, що підтверджує тенденцію до зменшення нових випадків інфікування ВІЛ (рис. 2.10.3).



Примітка: без урахування даних АР Крим, м. Севастополь з 2014 р., частини зони проведення антитерористичної операції – з 2015 р.

Рис. 2.10.3. Динаміка питомої ваги осіб віком 15–24 років серед нових випадків інфікування ВІЛ та захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед осіб віком 15–24 років в Україні у 2009–2015 рр.

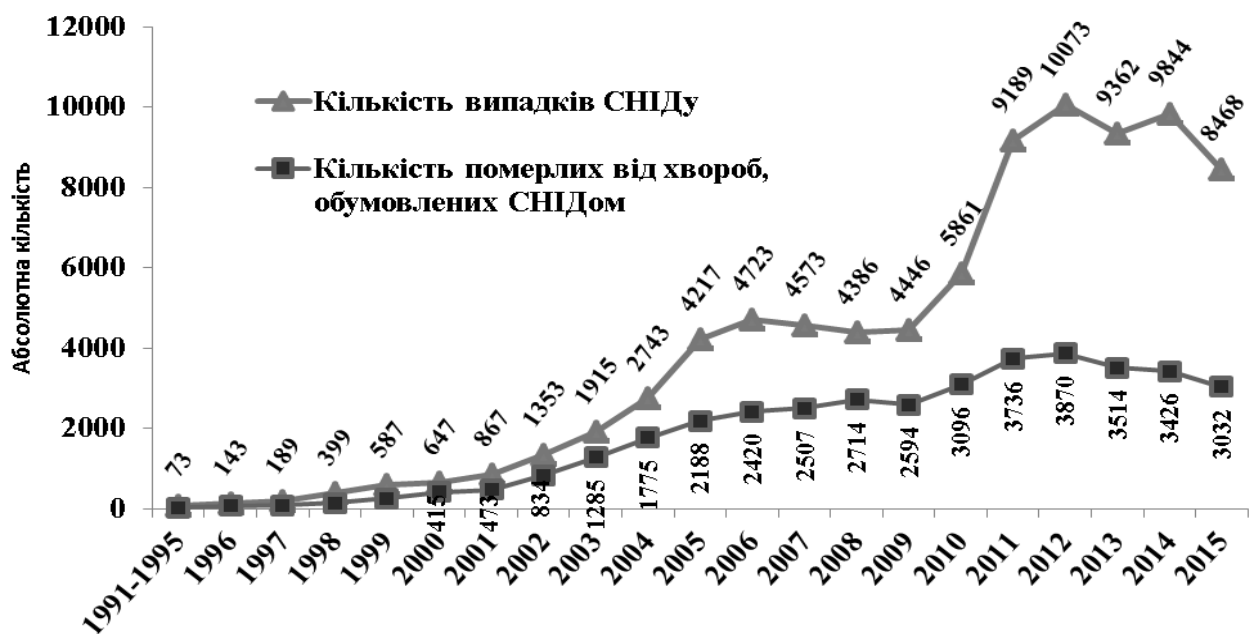
У 2008 р. в Україні відбулася зміна домінуючих шляхів передачі збудника ВІЛ-інфекції зі штучного парентерального при вживанні ін'єкційних наркотиків на статевий, передусім при гетеросексуальних контактах, який продовжує набувати все більш суттєвого епідемічного значення. У структурі шляхів передачі ВІЛ (з урахуванням показника частоти

передачі ВІЛ від матері до дитини) питома вага статевого шляху невинно зростала та у 2015 р. становила 72,5% (2014 р. – 69,2%, 2013 р. – 65,7%).

Незважаючи на тенденцію до зниження (2013 р. – 32,7%, 2014 р. – 29,6%, 2015 р. – 26,6%), актуальність парентерального шляху передачі ВІЛ при ін'єкційному введенні наркотичних речовин залишається високою. Частка його у структурі шляхів передачі в 2015 р. зросла в 7 регіонах (Житомирська, Закарпатська, Запорізька, Івано-Франківська, Кіровоградська, Полтавська, Чернігівська області).

Усе більшої епідемічної значущості набуває група, яка має підвищений ризик інфікування ВІЛ, – чоловіки, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ). У країні щорічно зростає кількість офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед представників цієї групи, отже існує суттєвий недооблік випадків інфікування ВІЛ, пов'язаних зі статевими стосунками між чоловіками, та ризик поширення ВІЛ від ЧСЧ на загальне населення через практикування ними бісексуальних контактів.

У 2015 р. діагностовано 8 468 випадків СНІДу проти 9844 у 2014 р. та 9362 у 2013 р., показник захворюваності на СНІД склав 19,8 на 100 тис. нас. проти 22,9 у 2014 р. та 20,9 у 2013 р. (рис. 2.10.4).



\* Без урахування даних АР Крим, м. Севастополь з 2014 р., частини зони проведення антитерористичної операції – з 2015 р.

Рис. 2.10.4. Кількість нових випадків СНІДу та померлих від хвороб, обумовлених СНІДом, серед громадян України

Темп зниження середнього показника по країні у 2015 р. склав -14%, проте в 11 регіонах зареєстровано приріст захворюваності на СНІД (Житомирська, Закарпатська, Київська, Кіровоградська, Львівська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Херсонська, Чернівецька, Чернігівська області).

Найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням в Україні, як і раніше, залишається туберкульоз (ТБ). За статистичними даними, у 2015 р. ТБ виявлено в 4470 випадках із 8 468 нових зареєстрованих випадків СНІДу та у 12566 випадках серед 34016

хворих на СНІД, які перебували на обліку в ЗОЗ служби СНІДу станом на 31.12.2015 р. Частка хворих на ВІЛ-інфекцію з діагнозом ТБ серед нових випадків СНІДу у 2015 р. зросла та склала 52,8% проти 49,3% у 2014 р. Тенденції числа смертей від СНІДу повторювали тенденції кількості захворювань на СНІД та переважно залежали від охоплення медичними послугами, насамперед антиретровірусною терапією (АРТ), ступеня прихильності до цих послуг та наявності якісного соціального супроводу.

За даними 2015 р. померло від СНІДу 3 032 особи проти 3426 у 2014 р. та 3514 у 2013 р. Рівень смертності від СНІДу, відповідно, мав позитивну тенденцію до зниження (7,1 на 100 тис. нас. у 2015 р. проти 8,0 у 2014 р. та 7,8 у 2013 р.). Темп зниження середнього показника по країні у 2015 р. склав -11,5%, проте ріст смертності від СНІДу зареєстровано у 13 регіонах; найвищі показники смертності зареєстровано у Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Кіровоградській, Миколаївській та Одеській областях (рис. 2.10.5).

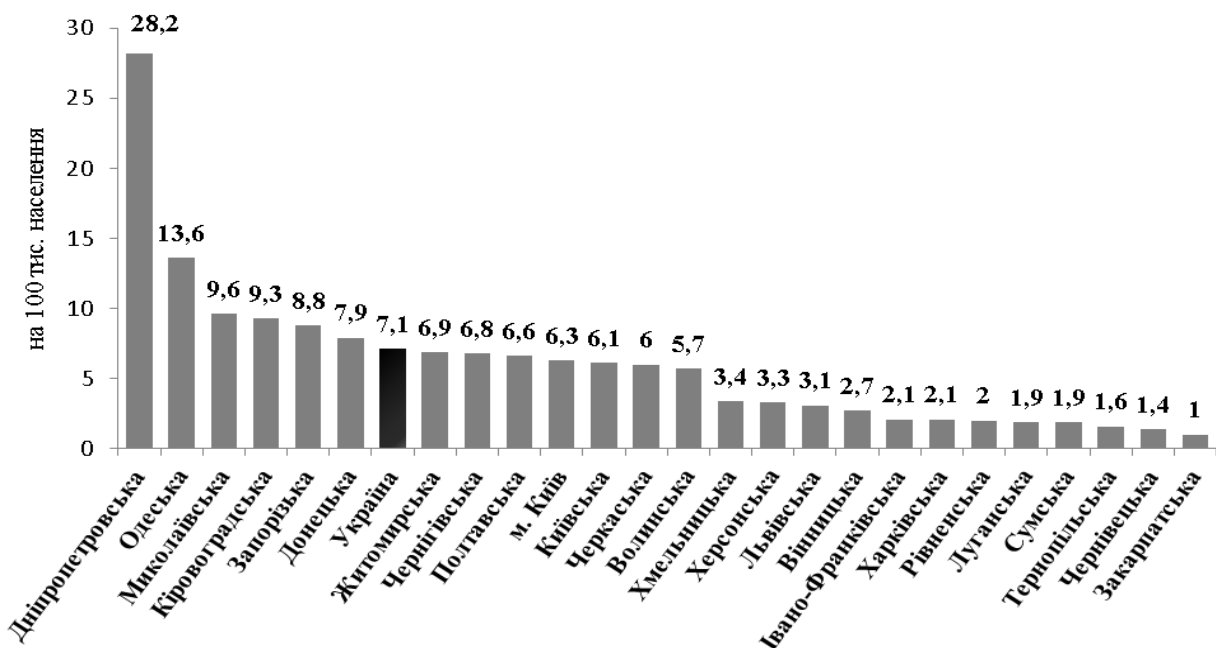


Рис. 2.10.5. Територіальний рейтинг регіонів України за показником смертності від СНІДу у 2015 р.

Причина смерті 63,2% померлих була безпосередньо пов'язана з ВІЛ-інфекцією та в 36,8% випадків – не пов'язана з ВІЛ-інфекцією або залишилась невідомою. Основною причиною смерті у померлих від причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, в Україні залишається ТБ, який становить 55% серед осіб, померлих від СНІДу.

#### *Медична допомога хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД*

Організація медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД здійснювалась відповідно до Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки (далі – Загальнодержавна програма), затвердженої Законом України від 20.10.2014 №1708-VII, за участі державних установ/закладів охорони здоров'я, громадськості та широкого кола міжнародних партнерів. Виконання завдань та заходів Загальнодержавної програми забезпечували 37 центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, у т.ч. 24 обласних, Київський міський центр СНІДу, 12 міських центрів СНІДу в областях з високим рівнем поширення ВІЛ. У 9 регіональних центрах СНІДу (РЦС) функціонують

стаціонарні відділення із загальною кількістю ліжок 296, для надання хоспісної і паліативної допомоги виділено 61 ліжко. Усі РЦС мають лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції.

У 2015 р. центри СНІДу забезпечували вільний доступ населення регіонів до інтегрованих послуг з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, постконтактної профілактики, діагностики, профілактики та лікування опортуністичних інфекцій, АРТ, лабораторного моніторингу перебігу ВІЛ-інфекції та ефективності АРТ, діагностики і лікування ППШ, вірусних гепатитів В і С, консультування з питань планування сім'ї, соціального супроводу осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом.

Основним медичним заходом протидії ВІЛ-інфекції була АРТ, яка надавалась відповідно до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженим наказом МОЗ України від 12.07.2010 №551 (протокол доповнено відповідно до сучасних протоколів ВООЗ наказом МОЗ України від 25.12.2015 №887), та Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям «ВІЛ-інфекція», затвердженого наказом МОЗ України від 24.02.2015 №92.

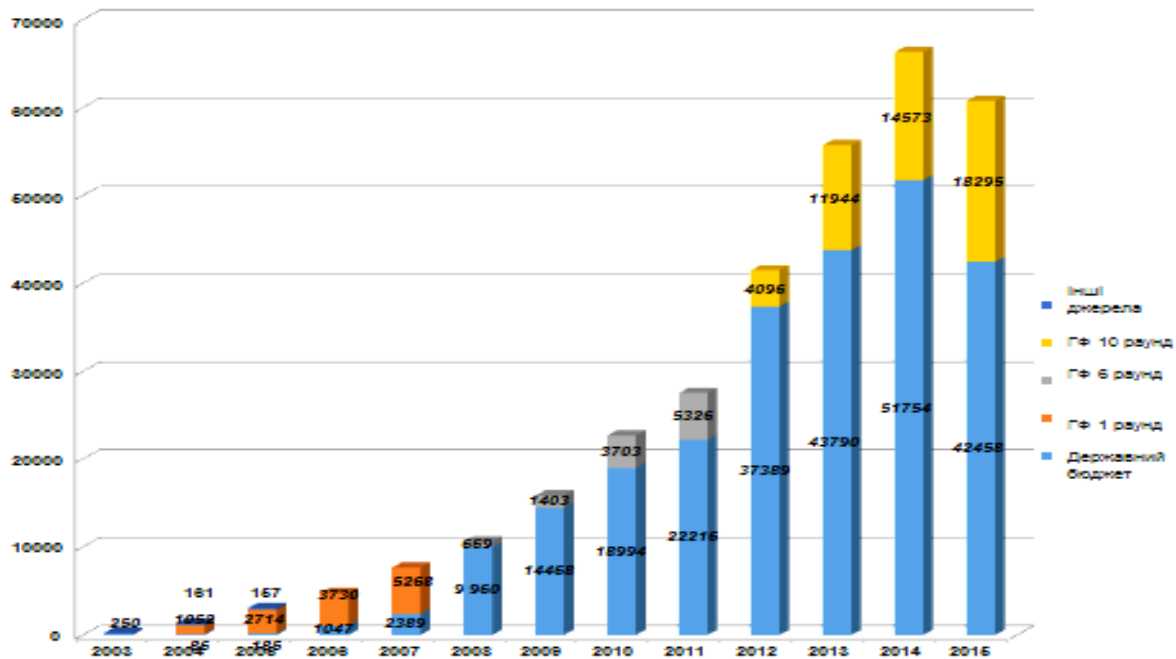
Станом на 31.12.2015 р. АРТ в Україні надавалась у 235 закладах охорони здоров'я МОЗ та НАМН України (без урахування закладів на тимчасово окупованих територіях АР Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції). З метою розширення АРТ для ВІЛ-позитивних осіб запроваджена децентралізація медичної допомоги та інтеграція необхідних сервісів у місці надання відповідних послуг, що забезпечено функціонуванням 177 сайтів АРТ в кабінетах «Довіра», розташованих на базі ЦРЛ, МЛ, поліклінік, ТМО; 20 сайтів АРТ, розташованих у протитуберкульозних закладах, шкірно-венерологічних, наркологічних та психоневрологічних диспансерах.

На кінець 2015 р. АРТ отримували 60 753 пацієнти (за кошти державного бюджету – 42458, за кошти Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФ) – 18295, у т.ч. 1995 осіб отримували АРТ в закладах пенітенціарної служби України) (рис. 2.10.6).

Охоплення АРТ пацієнтів за даними 2015 р. становило 48% від диспансерної групи; з тих, хто інфікувалися ВІЛ ін'єкційним шляхом та перебували в стадії СНІДу, АРТ отримували 81%. Найнижчим цей показник був у Львівській, Сумській, Хмельницькій, Рівненській, Тернопільській областях. Серед пацієнтів зі статусом активного споживача ін'єкційних наркотиків АРТ отримують 45,9% пацієнтів.

Іншим важливим заходом медичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам було лікування опортуністичних інфекцій (ОІ). За даними РЦС та НДСЛ «ОХМАТДИТ», у 2015 р. ВІЛ-інфіковані пацієнти отримали 34239 курсів профілактики та 27245 курсів лікування ОІ, з них 53,5% курсів лікування та профілактики ОІ здійснювалося за рахунок коштів ГФ; 19,2% – за рахунок коштів місцевих бюджетів, 20,2% – за рахунок власних коштів пацієнта, 5,3% – за рахунок коштів АНФ (AIDS Healthcare Foundation) та 2,0% – за рахунок інших благодійних організацій.

У 2015 р. був запроваджений інноваційний проект у сфері лікування вірусного гепатиту С у представників груп ризику. Було визначено кількість ВІЛ-інфікованих осіб з активним гепатитом С, які потребували лікування, на кінець 2015 р. вона становила 4755 осіб, отримали/отримують лікування ВГС протягом року – 352 особи. Загальна кількість ВІЛ-позитивних осіб, інфікованих вірусом гепатиту С, на кінець 2015 р. становила 30535 осіб.



\* Дані не включають АР Крим, м. Севастополь, непідконтрольні Уряду України території Донецької та Луганської областей.

Рис. 2.10.6. Динаміка надання АРТ хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД залежно від фінансування

#### Замісна підтримувальна терапія

Станом на 31.12.2015 р. послуги замісної підтримувальної терапії (далі – ЗПТ) отримували 8512 осіб, 7306 пацієнтів отримували метадон таблетований, 298 – метадон рідкий, 908 осіб – бупренорфін.

Аналіз соціально-демографічної характеристики пацієнтів ЗПТ показав, що 81% учасників програми – чоловіки, 19% – жінки, середній вік хворих становив 37–38 років. Середній стаж вживання наркотичних речовин у пацієнтів дорівнював 16 рокам. Послуги ЗПТ надавались на базі 9 Центрів СНІДу, а саме: Вінницького, Запорізького, Івано-Франківського, Львівського, Одеського (обласного та міського), Рівненського, Тернопільського, Харківського, м. Києва. Усього на базі РЦС послуги ЗПТ отримують 748 пацієнтів, що становить 8,7% від загальної кількості пацієнтів ЗПТ.

Встановлений ВІЛ-позитивний діагноз мають 3556 осіб (41,7%) – пацієнтів ЗПТ, 60,6% з них приймають АРТ (2158 осіб).

Станом на 31.12.2015 р. відкрито 172 лікувальні заклади для надання послуг ЗПТ (наркодиспансери, інші ЗОЗ), 10 сайтів розпочали роботу в 2015 році.

Характеризуючи в цілому ситуацію, яка склалась з епідемією ВІЛ-інфекції в Україні, слід підкреслити, що нарешті досягнуті перші ознаки уповільнення епідемічного процесу ВІЛ-інфекції: спостерігається зниження поширеності ВІЛ серед первинних донорів та вагітних, молодих наркоспоживачів; намітилася тенденція до зменшення смертності від хвороб, обумовлених СНІДом. Розширюється спектр медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію, яка включає лікування туберкульозу, ОІ, ППСШ, ВГС, інших супутніх хвороб та станів.

Завдання Загальнодержавної програми в сфері контролю за епідемією, надання медичної допомоги і соціального супроводу хворих у цілому виконані.

### 3. ХАРАКТЕРИСТИКА САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ

#### 3.1. Аналіз державної політики з питань охорони довкілля та біобезпеки

Пріоритетними питаннями діяльності Державної санітарно-епідеміологічної служби України (далі – Держсанепідслужба) у 2015 р. були:

- гармонізація вітчизняного санітарного законодавства із законодавством Європейського Союзу (ЄС) та вимогами Світової організації торгівлі (СОТ);

- продовження роботи з удосконалення національного законодавства з питань забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення та діяльності санітарно-епідеміологічної служби;

- реформування структури та системи управління службою відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 №442 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади»;

- оптимізація мережі органів та установ Держсанепідслужби, покращення матеріального та кадрового забезпечення головних управлінь Держсанепідслужби, на які покладено забезпечення санітарно-епідеміологічного нагляду в сфері господарської діяльності, та державних установ – обласних лабораторних центрів Держсанепідслужби, на які покладено забезпечення проведення лабораторних та інструментальних досліджень і випробовувань у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення;

- здійснення комплексу заходів з метою стабілізації епідемічної ситуації та недопущення росту захворюваності;

- виконання програми імунопрофілактики;

- недопущення завезення в Україну особливо небезпечних, у т.ч. карантинних, інфекцій, посилення заходів із забезпечення надійного рівня біобезпеки;

- недопущення спалахів інфекційних захворювань, пов'язаних з об'єктами санепіднагляду, та зменшення їх кількості в побуті;

- здійснення заходів щодо проведення соціально-гігієнічного моніторингу, формування здорового способу життя з метою збереження здоров'я населення, насамперед дитячого.

Враховуючи стратегічний курс на інтеграцію до ЄС та вступ України до СОТ, особлива увага Держсанепідслужбою приділялася удосконаленню законодавства з питань застосування санітарних заходів.

Спрямувалися відповідні заходи в роботі з урахуванням виконання законів України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (від 24.02.1994 №4004-ХІІ) та «Про захист населення від інфекційних хвороб» (від 06.04.2000 №1645-ІІІ), розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.11.2003 №705-р «Про заходи щодо профілактики грипу та інших гострих респіраторних захворювань», наказу МОЗ України від 28.01.2004 №49 «Про виконання постанови КМУ від 10.12.2003 №1906 «Про затвердження Державної програми будівництва сучасних інфекційних лікарень (відділень) в обласних центрах та великих містах на 2004–2010 роки» тощо.

Україна з 2002 р. є учасницею Програми ВООЗ «Зміцнення потенціалу національних лабораторій, що забезпечують контроль за інфекційними захворюваннями, які мають

епідемічне поширення», метою якої є посилення готовності національних систем епіднадзора до своєчасного реагування та попередження спалахів і епідемії.

Продовжує діяти Програма удосконалення діяльності мережі лабораторій, що входять до системи епіднадзора за особливо небезпечними інфекціями в Україні на 2004–2010 рр. (наказ МОЗ України 07.07.2004 №343), питання діяльності яких є надзвичайно актуальними та потребують сьогодні розширення й удосконалення своїх можливостей.

Сьогодні ми вже маємо приклад успішного функціонування міжнародних лабораторних мереж по поліомієліту і дифтерії, у які залучені й наші національні лабораторні системи. Ми відчуваємо реальну необхідність входження в міжнародну лабораторну мережу по контролю за особливо небезпечними інфекціями, для якої ВООЗ розробляє перспективні проекти.

Діяльність Держсанепідслужби у 2015 р., передусім в регіонах, спрямовувалася на виконання вітчизняних та міжнародних (ратифікованих в Україні) законодавчих актів, актів Президента України, Кабінету Міністрів України та нормативно-правових актів центральних органів виконавчої влади, в частині, що стосується:

– Загальнодержавної цільової програми «Питна вода України» на 2011–2020 роки, затвердженої Законом України від 03.03.2005 №2455-IV (із змінами);

– Протоколу про воду та здоров'я до Конвенції про охорону та використання транскордонних водотоків та міжнародних озер 1992 року, ратифікованого Законом України від 09.07.2003 №1066-IV;

– Загальнодержавної програми реформування і розвитку житлово-комунального господарства на 2009–2014 роки, затвердженої Законом України від 24.06.2004 №1869-IV (із змінами);

– Державної цільової соціальної програми першочергового забезпечення сільських населених пунктів, що користуються привізною водою, на період до 2010 року, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 27.08.2008 №741;

– Програми розвитку водопровідно-каналізаційного господарства, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 17.11.1997 №1269 (із змінами);

– Правового режиму зон санітарної охорони водних об'єктів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 18.12.1998 №2024 (із змінами);

– Правил охорони поверхневих вод від забруднення зворотними водами, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 25.03.1999 №465 (із змінами).

Фахівцями Держсанепідслужби протягом року забезпечувалося виконання у тісній співпраці з органами місцевого самоврядування регіональних програм. Наприклад виконання «Програми поліпшення екологічного стану Дніпропетровської області за рахунок зменшення забруднення довкілля основними підприємствами-забруднювачами на 2007–2015 роки», затвердженої рішенням облради від 04.12.2007 №295/V.

Біобезпека є однією з важливих складових національної безпеки держави. Рівень біологічної загрози як в цілому у світі, так і для України, неухильно зростає, оскільки небезпечні біологічні агенти стають більш привабливими і доступними для ряду країн, зокрема третього світу, терористичних організацій і навіть окремих груп. Зростання рівня біологічної загрози обумовлює також загострення кризової ситуації на сході України, яка

перейшла у військовий конфлікт (Донецька та Луганська області) із серйозними наслідками соціально-гуманітарного характеру.

Здатність протидії загрозі біотероризму – одного з факторів прояву та розповсюдження інфекційної захворюваності – визначається готовністю системи охорони здоров'я до виявлення, локалізації і ліквідації спалахів інфекційних захворювань, незалежно від походження (генезу) патогенів, що їх викликали, рівнем готовності мікробіологічних підрозділів закладів охорони здоров'я та профільних науково-дослідних інститутів до індикації та ідентифікації біологічних патогенних агентів усіх видів і класів, наявності препаратів діагностики, профілактики, лікування та знезараження.

Міністерством охорони здоров'я України постійно проводився комплекс заходів протидії біотероризму за різними напрямками.

Удосконалена законодавча база, діють профільні центри з індикації та ідентифікації різних патогенів, проводяться заходи щодо скерування існуючої системи боротьби з інфекційною захворюваністю, взаємодії з іншими міністерствами та відомствами, науково-дослідними інститутами системи МОЗ та НАМН, посилення захисту об'єктів охорони здоров'я, що можуть бути біонебезпечними для оточуючих. Це ті заклади та установи, в яких постійно проводяться роботи з біологічними агентами різних груп патогенності.

Забезпечення повної готовності лабораторних підрозділів з індикації та ідентифікації збудників особливо небезпечних інфекцій бактеріальної та вірусної етіології до проведення оперативних, високоякісних, достовірних досліджень, створення гарантовано безпечних умов праці в них – це завдання державного значення.

Основні напрями державної політики і відповідні заходи, спрямовані на забезпечення належного рівня захисту населення та навколишнього природного середовища від небезпечних біологічних агентів (біозагроз) різного походження, запобігання проявам біотероризму шляхом створення та ефективного функціонування національної системи біологічної безпеки та біологічного захисту визначені «Державною цільовою програмою біобезпеки та біологічного захисту на 2015–2020 роки», затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 01.04.2013 №620. На жаль, через складну економічну ситуацію, яка в першу чергу обумовлена військовою агресією на сході України, постановою Кабінету Міністрів України від 05.03.2014 №71 виконання ряду державних цільових програм достроково призупинено, у т.ч. і виконання зазначеної програми.

Щодо міжнародного співробітництва, то Україна виконує міжнародні директивні документи зазначеного спрямування, а саме:

- Конвенцію про заборону біологічної та токсинної зброї (1975 р.), яка забороняє розробку, виробництво, придбання, зберігання біологічних речовин і токсинів;

- Міжнародні стандарти ліцензування експорту, які встановлює Австралійська група (міжнародна організація, заснована у 1985 р., яка формує керівні принципи і правила контролю за експортом товарів, що можуть бути використані для створення хімічної та біологічної зброї);

- Резолюцію Ради безпеки ООН (№1540/2004), яка зобов'язує усі держави здійснювати заходи національного контролю для запобігання розповсюдження ядерної, хімічної, біологічної зброї;



- Міжнародні медико-санітарні правила (WHA58.3-2005 – виконують 194 держави), виконання яких спрямовані на посилення медико-санітарної безпеки на національному рівні;
- Картахенський протокол про біобезпеку до «Конвенції про біологічне різноманіття» (2002 рік), до виконання якого Україна приєдналася у вересні 2002 року (Закон України від 12.09.2002 №152-IV). Конвенція регламентує міжнародний контроль над трансграничним пересуванням генетично модифікованих організмів, створених за допомогою сучасних біотехнологій, спрямований на взаємодію світової спільноти для зменшення ризику імпортування живих видозмінених організмів, таких як «змінене» насіння сільськогосподарських культур і мікроорганізмів, створених для застосування у фармацевтичній сфері, оскільки вони приховують у собі загрозу здоров'ю людини.

Відповідно до спільного наказу МОЗ та АМН України від 21.03.2003 №127/27 «Про удосконалення функціонування системи індикації біологічних патогенних агентів» створені та функціонують на базі науково-дослідних інститутів епідеміологічного профілю МОЗ і НАМН України (Інститут мікробіології та імунології імені І.І. Мечникова НАМН України, Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України, Український науково-дослідний протичумний інститут імені І.І. Мечникова МОЗ України) та на базі Державного закладу «Український центр з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України» (далі – ДЗ «УЦКМЗ МОЗ») центри індикації біологічних патогенних агентів (ЦІ БПА).

На базі обласних лабораторних центрів Держсанепідслужби областей та в м. Києві функціонують головні установи (лабораторії) індикації біологічних патогенних агентів. Усі центри та головні установи (лабораторії) мають відповідні дозволи на роботу та свідоцтва про акредитацію. За кожним Центром закріплені адміністративні території, на яких вони здійснюють індикацію та ідентифікацію всіх класів (видів) біологічних патогенних агентів.

Центри та головні установи (лабораторії) оснащені сучасним лабораторним обладнанням, у т.ч. для проведення молекулярно-генетичних та імуноферментних досліджень.

Лабораторії центрів та головних установ загалом відповідають вимогам щодо обладнання та системи біологічної безпеки відповідно до сучасних національних і міжнародних стандартів біологічної безпеки та біологічної охорони, забезпечені необхідними імунобіологічними препаратами для індикації біологічних патогенних агентів бактеріальної та вірусної природи.

У МОЗ України створена Центральна режимна комісія з біологічної безпеки, яка організовує відповідні заходи та координує роботу з біологічними агентами різних груп патогенності. З реформуванням системи Держсанепідслужби всі територіальні режимні комісії (обласні, районні, міські) припинили свою роботу. На сьогодні в Україні питаннями видачі дозволів на роботу з мікроорганізмами II–IV груп патогенності займається тільки Центральна режимна комісія МОЗ України, яка функціонує на базі ДЗ «УЦКМЗ МОЗ України» і в своїй діяльності керується чинними нормативно-правовими актами.

У 2015 р. Центральною режимною комісією МОЗ було видано 247 дозволів лабораторіям на роботу з мікроорганізмами різних груп патогенності.

Постійно проводиться післядипломне навчання лікарів закладів охорони здоров'я з питань епідеміології, діагностики і профілактики інфекційних хвороб на базі Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Українського науково-дослідного протичумного інституту імені І.І. Мечникова МОЗ України, Львівського науково-

дослідного інституту епідеміології та гігієни МОЗ України, Української протичумної станції МОЗ України, ДЗ «УЦКМЗ МОЗ».

На виконання Закону України від 06.04.2000 №1645-III «Про захист населення від інфекційних хвороб» та з метою забезпечення санітарної охорони території України від занесення та розповсюдження небезпечних інфекційних хвороб, що мають міжнародне значення, у пунктах пропуску через державний кордон України спеціалістами територіальних органів Держсанепідслужби здійснюється перевірка готовності санітарно-карантинних підрозділів до проведення необхідних медико-санітарних заходів на випадок виникнення епідемічних ускладнень з інфекційних хвороб, які можуть створити надзвичайну ситуацію у сфері громадської охорони здоров'я. Заходи щодо санітарної охорони території України здійснюються згідно з «Правилами санітарної охорони території України», затвердженими постановою Кабінету Міністрів України від 22.08.2011 №893.

З метою забезпечення готовності Держсанепідслужби, зокрема санітарно-карантинних підрозділів установ та закладів Держсанепідслужби та відповідних лікувально-профілактичних закладів, у 2015 р. проводилися учбово-тренувальні заняття із залученням працівників зацікавлених служб і відомств, на яких відпрацьовано алгоритм дій при виявленні хворих з підозрою на особливо небезпечні хвороби та небезпечних вантажів.

Для кожного рівня управління Держсанепідслужби існує визначена система із локалізації та ліквідації осередків особливо небезпечних інфекційних захворювань. Конкретні завдання охоплюють широке коло проблем, які залежать не тільки від інтенсивності епідемічного процесу, але й від біології збудника, джерел інфекції, механізмів передачі, готовності до виконання відповідних заходів щодо тієї чи іншої нозології. При проведенні епідеміологічного нагляду територіальні органи Держсанепідслужби співпрацюють з відповідними органами виконавчої влади, іншими зацікавленими службами та відомствами.

В Україні розроблені наукові основи визначення провісників і попередників епідемічних спалахів, які дають можливість прогнозувати епідемічну ситуацію, зменшити ризики, пов'язані з епідеміями і новими інфекціями.

Забезпечується збір даних про інфекційні захворювання за 67 нозологічними формами. Важливого значення надається інформації про інфекційні захворювання, яка негайно передається керівництву Держсанепідслужби та МОЗ (сибірка, бруцельоз, туляремія, дифтерія, малярія, сказ, кліщовий вірусний енцефаліт та ін.).

Інформація за окремими інфекційними захворюваннями надається до Європейського Регіонального Бюро ВООЗ (гострі в'ялі паралічі – щотижня; дифтерія, кір, краснуха, грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції – щомісяця; малярія, ехінококоз, альвеококоз, трихінельоз, токсоплазмоз, опісторхоз, інші паразитози, вірусні гепатити – щороку).

Щороку до штаб-квартири ВООЗ надається інформація за спільною формою звітності ВООЗ/ЮНІСЕФ щодо захворювань, які попереджаються засобами імунопрофілактики, спільна звітна форма ВООЗ з інших інфекційних захворювань і спалахів інфекційних хвороб.

У межах реалізації міжнародних проектів, за запитом ВООЗ, надається інформація щодо поширеності окремих інфекційних захворювань та циркуляції їх збудників на території країни. У межах міжнародних програм ЄРБ ВООЗ проводиться інформування щодо виділення штамів збудника від хворих на дифтерію, результати серологічних досліджень матеріалу від хворих на кір та краснуху, виділення штамів поліовірусів від випадків гострого в'ялого паралічу.

Проводиться робота з адаптації законодавства України з європейськими вимогами нормативної бази щодо методів лабораторних досліджень, організації роботи лабораторій, забезпечення біологічної безпеки.

Основними напрямками роботи Ці БПА на базі ДЗ «УЦКМЗ МОЗ» у 2015 р. були:

- забезпечення готовності до реагування на надзвичайні ситуації природного та техногенного характеру, проведення індикації БПА бактеріальної етіології (зооантропонози);
- організаційно-методична та консультативна допомога головним установам в регіонах, іншим територіальним закладам, з урахуванням адміністративно-територіальної відповідальності, визначеної наказом МОЗ та АМН України від 21.03.2003 №127/27;
- контроль за закладами Держсанепідслужби з питань індикації БПА;
- удосконалення матеріально-технічної бази та кадрового потенціалу Центру.

Фахівці ДЗ «УЦКМЗ МОЗ» протягом року брали активну участь у конференціях з питань біологічної безпеки, епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, сучасних досягнень у лабораторній діагностиці інфекційних захворювань та лабораторному контролі за об'єктами довкілля, у т.ч. і міжнародних – міжнародному семінарі «Підвищення обізнаності та освіти з безпеки та біозахисту в Україні» (м. Київ, січень 2015) тощо.

Підготовлені проекти наказів МОЗ України, які знаходяться на розгляді та реєстрації в Мін'юсті:

- «Про внесення змін до наказу МОЗ від 23.05.2002 №190 «Про надання позачергових повідомлень Міністерства охорони здоров'я України»»;
- «Про Порядок організації та проведення санітарно-протиепідемічних заходів, спрямованих на запобігання та поширення грипу та гострих респіраторних вірусних інфекцій»;
- «Про визначення випадків інфекційних та паразитарних захворювань»;
- «Про створення референт-центру з малярії та інших трансмісивних паразитарних захворювань».

З метою реалізації положень Угоди про Асоціацію між Україною та ЄС в сфері громадського здоров'я Європейською комісією у жовтні 2015 р. проведена оцінка системи епіднагляду, готовності та відповідних дій в сфері інфекційних захворювань з позитивною оцінкою.

### **3.2. Характеристика якості води та заходів з її збереження**

Україна належить до найменш забезпечених власними водними ресурсами країн Європи і є одним з регіонів зі значним антропогенним навантаженням на водні джерела та нестачею достатньої кількості прісної води. За визначенням Європейської економічної комісії ООН, держава, водні ресурси якої не перевищують 1,5 тис. м<sup>3</sup> на одну людину, вважається не забезпеченою водою. В Україні питома величина місцевого стоку у маловодний рік у розрахунку на одного мешканця становить лише 0,52 тис. м<sup>3</sup>, а з урахуванням транзитного стоку – 1,02 тис. м<sup>3</sup>.

В Україні склалася ситуація, коли майже всі поверхневі (а в окремих регіонах і підземні) води за рівнем забруднення не відповідають вимогам санітарного законодавства на джерела водопостачання. Наявні очисні споруди, технології очистки та знезараження питної води не спроможні очистити її до рівня показників безпеки.

Питне водопостачання України майже на 80% забезпечується поверхневими водами. Водночас більшість басейнів річок, згідно з гігієнічною класифікацією водних об'єктів за ступенем забруднення, можна віднести до забруднених та дуже забруднених, проте склад очисних споруд та технології водопідготовки фактично не змінилися.

Моніторинг якості води поверхневих водойм свідчить про те, що їх екологічний стан практично не покращується. Зберігається тенденція до погіршення стану водойм I-ї категорії за санітарно-хімічними та бактеріологічними показниками (рис. 3.2.1).

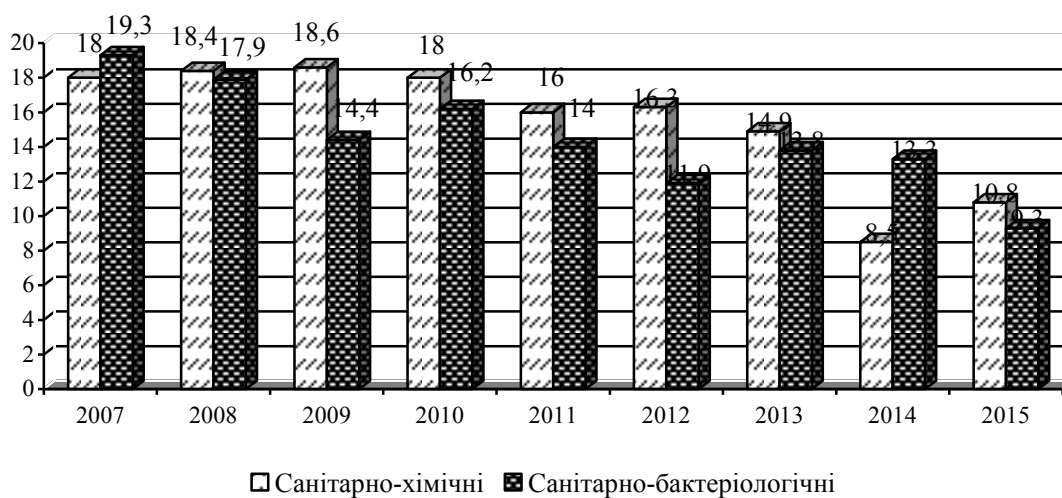


Рис. 3.2.1. Питома вага досліджених проб води з водойм I категорії, які не відповідали санітарним нормам у 2007–2015 рр. (%)

Основні забруднювачі поверхневих водойм – перевантажені каналізаційні очисні споруди та мережі, які перебувають у незадовільному технічному стані та потребують проведення капітальних ремонтів та реконструкції.

Внаслідок недостатнього фінансування, будівництво та реконструкція більшості об'єктів водопостачання та каналізування, запланованих державними та місцевими програмами розвитку водного господарства, охорони водних ресурсів та підвищення якості питної води, майже не проводиться.

З водойм II-ої категорії було відібрано та досліджено 12215 проб за санітарно-хімічними та 19125 проб за мікробіологічними показниками. Питома вага досліджених проб води, які не відповідали санітарним нормам за санітарно-хімічними показниками, становить 19,4%, за мікробіологічними – 12,3%.

Основними джерелами, які формують стабільно високі рівні забруднення водоймищ, особливо рік Дністер і Дунай, залишилися організовані скиди стічних вод та дощові води за межами Одеської області.

Понад 90% забруднених стоків дають водоканали міст області та промислові підприємства гірничо-видобувного та металургійного комплексів м. Дніпропетровська, Дніпродзержинська, Нікополя, Кривбасу та Західного Донбасу. Залишається гострою проблема скиду у водойми високомінералізованих шахтних та кар'єрних вод Кривбасу та Західного Донбасу (Дніпропетровська, Миколаївська та Херсонська області).

Протягом 2015 р. продовжувалися роботи із забезпечення контролю за станом виконання заходів, передбачених «Загальнодержавною програмою охорони та відтворення

довкілля Азовського і Чорного морів», «Національною програмою екологічного оздоровлення басейну Дніпра та поліпшення якості питної води» тощо.

Під наглядом Держсанепідслужби У 2015 р. знаходилось 16215 (у 2014 р. – 16967, у 2013 р. – 18455) джерел централізованого водопостачання населення, з них: 1741 комунальне (у 2014 р. – 1336, у 2013 р. – 1569), 4641 відомче (у 2014 р. – 4474, у 2013 р. – 4818), 6684 сільські водопроводи (у 2014 р. – 6566, у 2013 р. – 7447) і 160343 джерела децентралізованого водопостачання (у 2014 р. – 160225, у 2013 р. – 162642).

Протягом останніх років до 5% водопроводів не відповідають санітарним нормам (у 2015 р. – 3,2%, у 2014 р. – 3,1%, у 2013 р. – 3,8%, у 2012 р. – 4,5%). Питома вага нестандартних за санітарно-хімічними та бактеріологічними показниками проб питної води, відібраних із джерел централізованого водопостачання, останніми роками становить 15,7% та близько 4,6% відповідно.

Найбільша кількість нестандартних проб питної води з централізованих систем водопостачання реєструється, як і раніше, на сільських водопроводах, найменша – на комунальних (рис. 3.2.2).

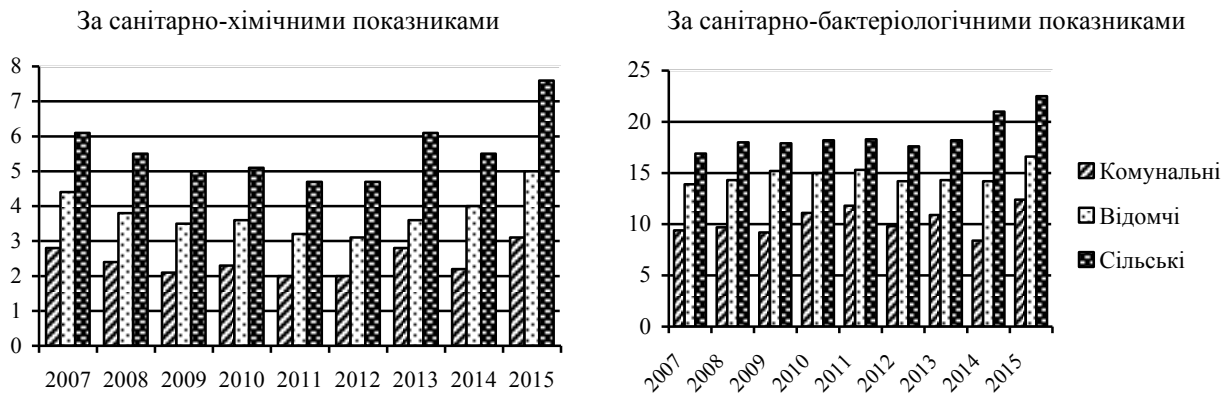


Рис. 3.2.2. Питома вага досліджених проб питної води, що не відповідали вимогам держстандарту, у 2007–2015 рр. (%)

Слід зазначити, що органи державної виконавчої влади та місцевого самоврядування, керівники підприємств і господарств не приділяють належної уваги забезпеченню населення доброякісною питною водою, що є порушенням ст. 18 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та ст. 7 Закону України «Про питну воду та питне водопостачання».

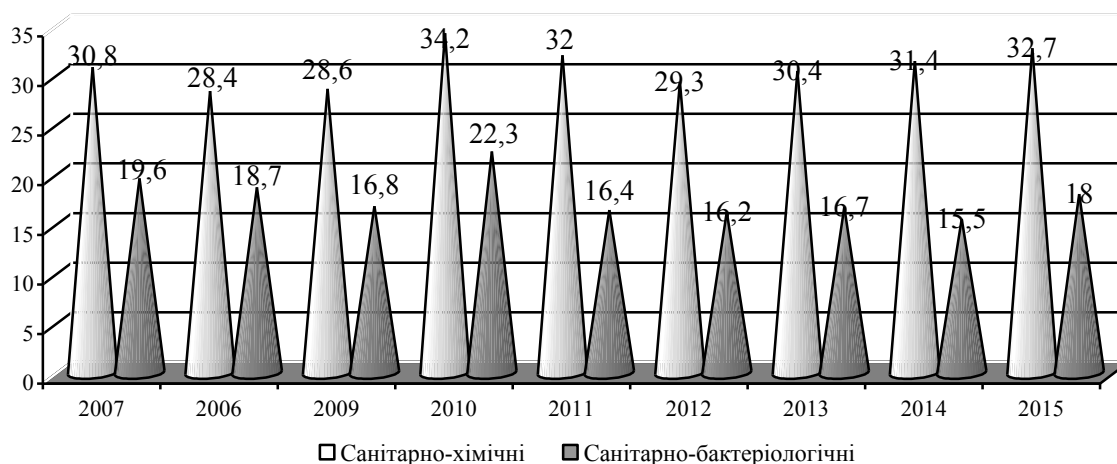
Особливе занепокоєння викликає стан водопостачання сільського населення – 353 (5,3%) сільські водопроводи не відповідають санітарним нормам і правилам; у 2014 р. – 354 (5,4%), у 2013 р. – 469 (6,3%).

Зміна форм власності та передача сільських водопроводів на баланс органів місцевого самоврядування загострили проблему забезпечення населення питною водою гарантованої якості. Водопроводи знаходяться в незадовільному технічному стані, населення змушене проводити ремонти за свої кошти. На багатьох сільських водопроводах немає очисних споруд та знезаражуючих установок, відсутній виробничий лабораторний контроль якості питної води.

Водночас централізованим водопостачанням забезпечено лише четверту частину сіл України. Решта сільського населення споживає воду з колодязів та індивідуальних свердловин, які переважно знаходяться у незадовільному санітарно-технічному стані.

Під наглядом Держсанепідслужби у 2015 р. знаходилось 160343 джерела децентралізованого водопостачання (у 2014 р. – 160225, у 2013 р. – 162642), з них 156045 шахтних колодязів (у 2014 р. – 155968, у 2013 р. – 158146), 3157 артезіанських свердловин (у 2014 р. – 3170, у 2013 р. – 3193), 1063 каптажі (у 2014 р. – 1054, у 2013 р. – 1139).

У 2015 р. питома вага досліджених проб питної води з джерел децентралізованого водопостачання, які не відповідали санітарним вимогам, становила 32,7% за санітарно-хімічними (вище рівня показника 2014–2013–2012 рр. – 31,4%, 30,4% і 29,3%) та 18,0% за бактеріологічними показниками (вище рівня 2014–2013–2012 рр. – 15,5%, 16,7% і 2012 р. – 16,2%) (рис. 3.2.3).



**Рис. 3.2.3. Питома вага досліджених проб питної води з джерел децентралізованого водопостачання, які не відповідали санітарним нормам за санітарно-хімічними та бактеріологічними показниками у 2007–2015 рр. (%)**

За 2015 р. було обстежено лише 5,4% (17 тис.) громадських та індивідуальних шахтних колодязів і каптажів, з яких 28,5% не відповідали санітарним нормам. При цьому питома вага досліджених проб питної води з джерел децентралізованого водопостачання на вміст нітратів, які не відповідали санітарним вимогам, становила 23,5%. У Дніпропетровській області зафіксовані перевищення гранично допустимих концентрацій (ГДК) нітратів у воді з колодязів у Новомосковському, П'ятихатському та Царичанському районах.

Невідповідність якості питної води нормативним вимогам є однією з причин поширення в державі багатьох інфекційних (вірусний гепатит А, черевний тиф, ротавірусна інфекція тощо) та неінфекційних (хвороби системи травлення, серцево-судинної, ендокринної системи тощо) хвороб.

Відмічається зростання нітратного забруднення ґрунтових вод внаслідок ненормованого використання в колективних господарствах та у приватному секторі мінеральних та, особливо, органічних добрив. Слід зауважити, що ефективних методів видалення нітратів з води в умовах децентралізованого водопостачання практично не існує. Забруднення води наднормативними концентраціями нітратів призводить до виникнення захворювання на водно-нітратну метгемоглобінемію у дітей, зниження загальної

резистентності організму, що сприяє збільшенню рівня загальної захворюваності, у т.ч. інфекційними та онкологічними хворобами.

Влітку 2015 р. зареєстровано один летальний випадок отруєння дитини нітратами води колодязів у с. Могилів Царичанського району Дніпропетровської області. За даним фактом повідомлено прокурора Царичанського району та районний відділ міліції, опублікована інформаційно-просвітницька стаття у районній газеті стосовно питного режиму дітей перших трьох років життя, серед вагітних та породіль, надані пропозиції фахівцями Головного управління Держсанепідслужби у Дніпропетровській області органам місцевого самоврядування щодо проведення санітарно-оздоровчих заходів на колодязях, які включені до протокольного рішення (від 22.09.2015 №17) Дніпропетровської регіональної комісії з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій (далі – ТЕБ і НС).

У 2014 р. зареєстрований випадок отруєння однієї дитини нітратами у Криничанському районі. За результатами розслідування випадку отруєння дитини Верхньодніпровським міськрайонним Управлінням Головного управління Держсанепідслужби у Дніпропетровській області направлено листа голові Семенівської сільської ради про інформування мешканців будинку щодо заборони використання води для питних потреб та приготування їжі. На засіданні комісії з питань ТЕБ та НС при Криничанській і Верхньодніпровській райдержадміністраціях та Вільногірській міській раді було заслухано питання щодо профілактики водно-нітратної метгемоглобінемії у дітей.

Щоквартально проводився переоблік дітей до 3-х років, які споживають воду для питних потреб з джерел нецентралізованого водопостачання, та переоблік наявних індивідуальних джерел водопостачання, розроблено пам'ятку про ризики водопостачання з таких джерел; інформувалися батьки про заборону використання води із колодязя, де виявлені перевищення рівнів нітратів.

Під час обстежень власникам колодязів і каптажів надавалися рекомендації щодо приведення їх у відповідність до чинних вимог для безпечного користування водою з них, рекомендації органам місцевого самоврядування щодо проведення очистки джерел нецентралізованого водопостачання та знезараження води в них.

Проблемними питаннями залишаються недостатньо чітке визначення адміністративно-територіальної відповідальності посадових осіб за експлуатацію громадських колодязів, відсутність спеціалізованих бригад з їх технічного обслуговування, несвоєчасне проведення власниками профілактичних заходів.

Таке становище негативно впливає на якість питної води, призводить до зростання як інфекційної, так і неінфекційної захворюваності населення.

У 2015 р. зареєстровано 3 спалахи, які пов'язані з водним фактором передачі (постраждало 190 осіб, з них 148 дітей): спалах кишкової інфекції у м. Києві (Бортничі – 155 осіб, з них 121 дитина), 2 спалахи ротавірусної інфекції у м. Золотоноша Черкаської області (15 осіб, з них 12 дітей) та с. Оженіно Острозького району Рівненської області (20 осіб, з них 15 дітей) через вживання недоброякісної питної води з централізованого водопостачання.

За порушення вимог санітарного законодавства з питання забезпечення населення країни якісною питною водою Держсанепідслужбою у 2015 р. притягнуто до адміністративної відповідальності 116 посадових осіб проти 713 у 2014 р., 960 у 2013 р. і 2814 у 2012 р.; у слідчі органи та для розгляду на адмінкомісіях не було направлено і передано жодної справи (відповідно у 2014 р. – 6 справ, за 4-ма прийняті рішення, у 2013 р. –

5 і 1, у 2012 р. – 50 справ, по 30-и (60%) та у 2014 р. – 1, у 2013 р. – 1, у 2012 р. – 28); винесено 2 постанови про тимчасове припинення експлуатації об'єктів (у 2014 р. – 0, із них на постійно – 0, у 2013 р. – 500 і 30 (6%), у 2012 р. – відповідно 5857 і 1538 (26,3%). У частині охорони поверхневих водойм накладено 17 штрафів проти 192 у 2014 р. і 267 у 2013 р. У слідчі органи та для розгляду на адмінкомісіях не направлено і не передано жодної справи проти 2-х у 2014 р. і у 2013 р., за якими прийнято рішення щодо притягнення до відповідальності; і 88 у 2012 р. Не винесено жодної постанови про припинення експлуатації об'єктів (у 2014 р. – 1, у 2013 р. – 62). Також склалися приписи за результатами проведених заходів і виносилися рішення про усунення порушень, виявлених під час здійснення таких заходів.

### 3.3. Характеристика якості повітря і ґрунту та заходів з їх збереження

Надмірна концентрація промислових об'єктів та автотранспорту на території України призвела до надзвичайного антропогенного навантаження на довкілля. Тому, незважаючи на тенденцію останніх 10 років щодо зниження обсягів промислових викидів в атмосферне повітря, проблема його санітарної охорони не втратила своєї актуальності.

Головними причинами, що обумовлюють незадовільний, а найчастіше і небезпечний стан атмосферного повітря населених пунктів, є: недотримання підприємствами технологічного режиму експлуатації пилогазоочисного устаткування; невиконання у встановлені терміни заходів зі зниження обсягів викидів до нормативного рівня; низькі темпи впровадження сучасних технологій очищення викидів; відсутність санітарно-захисних зон між промисловими та житловими районами.

Високий рівень забруднення атмосферного повітря формується, головним чином, за рахунок викиду шкідливих речовин підприємств коксохімічної, металургійної та хімічної промисловості. Сюди ж належить і автотранспорт, який останнім часом за своїм загальним викидом розглядається як одне з найбільш потужних джерел канцерогенних речовин.

Найбільш несприятливому впливу шкідливих факторів підлягає населення, яке мешкає в межах санітарно-захисних зон промислових підприємств, що є порушенням вимог «Державних санітарних правил планування та забудови населених місць» ДСП 173-96.

У міських поселеннях 3,6% проб (8979 із 252265) атмосферного повітря містять забруднюючі речовини у концентраціях, що перевищують гранично допустимі (проти 3,3% у 2014 р., 5,4% у 2013 р. і 5,8% у 2012 р.), у сільських поселеннях – 1,0% (проти 1,0% у 2014 р., 0,6% у 2013 р. і 1,1% у 2012 р.) (рис. 3.3.1).

Слід зазначити, що поряд з деяким зниженням обсягів промислових викидів в атмосферне повітря, у зв'язку з постійним зростанням кількості одиниць автотранспорту відмічається значне зростання внеску відпрацьованих газів у забруднення атмосферного повітря, особливо великих міст України.

За порушення вимог санітарного законодавства щодо атмосферного повітря у 2015 р. на відповідальних посадових осіб було накладено 20 штрафів (у 2014 р. – 213, у 2013 р. – 437, у 2012 р. – 847), у слідчі органи не було направлено жодної справи (у 2014 р. – 2, у 2013 р., у 2012 р. – 15); для розгляду на адмінкомісіях не було передано жодної справи (у 2013 р. – 5, у 2012 р. – 22), не було винесено жодної постанови про припинення експлуатації об'єктів (у 2013 р. – 24, у 2012 р. – 129, з них на постійно у 2013 р. – 6, у 2012 р. – 38). Також



склалися приписи за результатами проведених заходів і виносилися розпорядження та інші розпорядчі документи про усунення порушень, виявлених під час здійснення таких заходів.

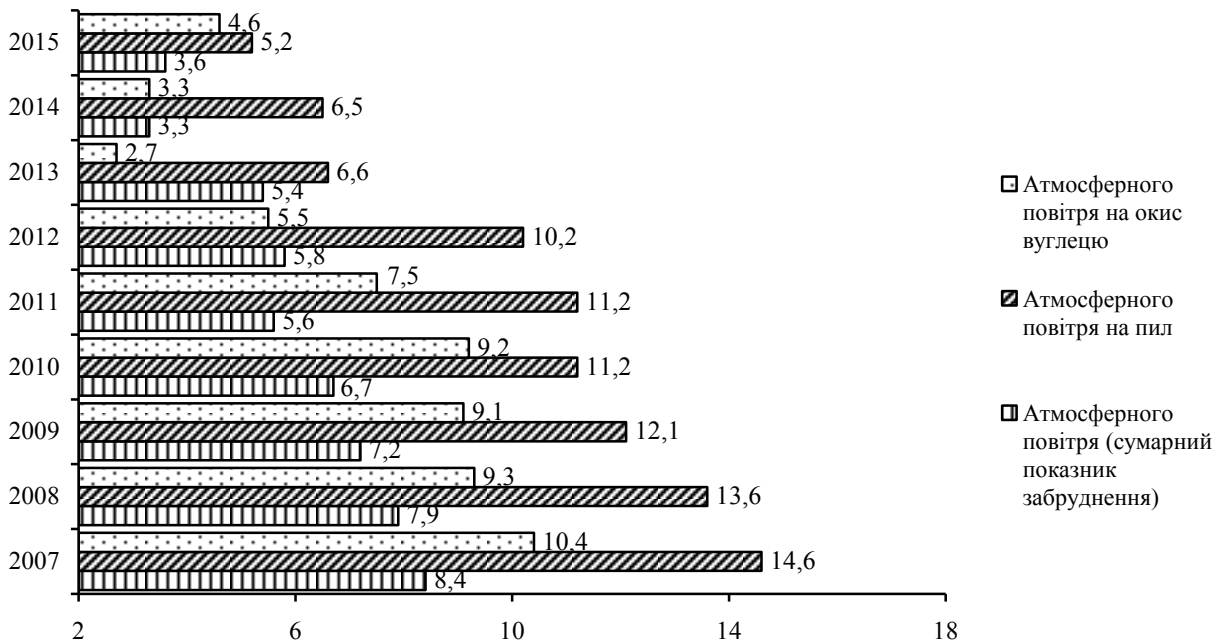


Рис. 3.3.1. Питова вага досліджень атмосферного повітря міських поселень, що перевищують ГДК, у 2007–2015 рр. (%)

Одним із найвагоміших джерел забруднення довкілля, у т.ч. водних об'єктів, є ґрунт. Держсанепідслужбою здійснюється моніторинг стану ґрунтів на територіях їх можливого негативного впливу на здоров'я населення. У 2015 р. досліджено за санітарно-хімічними показниками 14415 проб, з них не відповідали санітарним нормам 562 (3,9% проти 3,5% у 2014 р., 5,4% у 2013 р. і 3,5% у 2012 р.), у т.ч. на солі важких металів – 5485 проб, з яких 7,1% (388) не відповідали санітарним нормам (у 2014 р. – 7,6%, у 2013 р. – 7,7% і у 2012 р. – 6,5%); пестициди – 2895 проб ґрунту, з яких 1,4% (40) не відповідали санітарним нормам (0,2% у 2014 р., 0,8% у 2013 р. і 1,45% у 2012 р.). Також ґрунт було досліджено на гельмінти – 48940 проб, з яких не відповідали нормам 2,7% (1330) (у 2014 р. – 2,7%, у 2013 р. – 2,6% і у 2012 р. – 2,7%); за бактеріологічними показниками 12361 пробу, з яких не відповідали нормам 7,1% (880) (у 2014 р. – 6,7%, у 2013 р. – 4,8% і у 2012 р. – 4,9%).

При зниженні загальної кількості досліджених проб ґрунту за санітарно-хімічними показниками зареєстровано збільшення невідповідних проб за рахунок ґрунту на дитячих майданчиках у житловій забудові, в зоні впливу промислових підприємств, на території санітарно-захисних зон промислових підприємств, поза територією підприємств у місцях їх складування або захоронення (полігони, звалища, кар'єри) і в місцях зрошення стічними водами, а також в місцях виробництва продукції рослинництва. Загальна кількість досліджених проб ґрунту за бактеріологічними показниками У 2015 р. дещо збільшилась, при цьому зареєстровано збільшення невідповідних проб за рахунок ґрунту у житловій забудові, у т.ч. на території дитячих закладів і дитячих майданчиків, в зоні впливу промислових підприємств, на території санітарно-захисних зон промислових підприємств, в місцях зберігання токсичних відходів на території підприємств і поза їх територією у місцях їх складування або захоронення, а також в місцях виробництва продукції рослинництва.

Держсанепіднаглядом і лабораторним контролем були найбільше охоплені території вирощування сільськогосподарської продукції, території в місцях застосування пестицидів, ґрунт у зоні житлових масивів, дитячих майданчиків та закладів.

У 2015 р. в місцях зберігання токсичних відходів на території підприємств досліджено 554 проби ґрунту за хімічними показниками, з них не відповідали гігієнічним нормам 2,0% проти 2,0% у 2014 р.; поза територією підприємств у місцях їх складування або захоронення – 1473, з них не відповідало нормативам – 7,7% проти 7,3% у 2014 р.; у житловій зоні – 5575, з них не відповідали нормам – 3,2% проти 4,2% у 2014 р. У 2015 р. проти 2014 року показник невідповідності ґрунту в місцях зберігання токсичних відходів поза територією підприємств у місцях їх складування або захоронення щодо бактеріологічного забруднення зріс з 12,4% до 14,0%, на гельмінти – з 4,8% до 7,4%, зменшився на солі важких металів – з 14,3% до 8,0%; а також в житловій зоні щодо бактеріологічного забруднення збільшився з 5,9% до 6,5%.

У 2015 р. порівняно з 2014 роком ситуація щодо місць знешкодження та захоронення господарсько-побутових і промислових відходів III–IV класу небезпеки у містах і селищах міського типу практично не змінилась – було зареєстровано 1487 місць (у 2014 р. – 1493, у 2013 р. – 1351), з них 58% (868) не відповідають санітарним вимогам (у 2014 р. – 59%, у 2013 р. – 57,1%).

Попри незначне поступове зниження забрудненості ґрунтів наднормативними кількостями забруднювачів, гострота проблеми не знижується.

Характеризуючи стан водних об'єктів, слід зазначити, що кількість досліджень на пестициди, які виконуються у постійних створах, залишається дуже низькою. Із загальної кількості створів 2056 (2014 р. – 2152, 2013 р. – 2614, 2012 р. – 2724) відібрано на пестициди 3420 проб води (у 2012–2014 рр. відповідно 4558, 1706 і 2428), але небагато з них мають перевищення – 20 замірів, що становить усього 0,6% відхилень (у 2014 р. – 21, у 2013 р. – 19, у 2012 р. – 23).

Найсуттєвішим залишається питання поводження з непридатними до використання пестицидами, які постійно накопичуються на території України. Ця категорія токсичних речовин забруднює навколишнє середовище, проникає в питну воду, сировину тваринного і рослинного походження, продукти харчування і завдає істотної шкоди здоров'ю людини. В Україні відсутні необхідні потужності для їх утилізації. Найбільш поширеним методом боротьби з ними є контейнеризація. Однак це міра тимчасова і надалі, можливо, вкрай небезпечна, тому що в контейнерах зберігаються різні за хімічним складом і класом небезпеки невідомі пестициди, а науково обґрунтовані дані щодо їх спільного зберігання на даний час відсутні. Ті незначні методи знешкодження та утилізації, які зараз використовуються в Кіровоградській, Сумській областях, частково в Харкові, жодною мірою не можуть вирішити проблеми через їх малу продуктивність, складність технологічного процесу і собівартість однієї тонни утилізованого продукту. Необхідно ширше використовувати пропозиції країн ЄС у цьому напрямку.

Гігієнічною підготовкою у 2015 р. охоплено 93% працівників, які постійно стикаються з отрутохімікатами, проти 96% у 2014 р. і 93,5% у 2013 р. У 2015 р. підлягало підготовці 13612 таких фахівців (у 2014 р. – 18317, у 2013 р. – 26416).

За виявлені порушення вимог санітарного законодавства у сфері поводження з відходами та санітарної охорони ґрунту у 2015 р. на посадових осіб було накладено 102

штрафи проти 1014 у 2014 р., 2283 у 2013 р. і 7317 у 2012 р.; до слідчих органів не передано жодної справи проти 6 у 2014 р., 7 у 2013 р. і 69 у 2012 р.; на розгляд адмінкомісії було передано 1 справу проти 6 у 2014 р., 155 у 2013 р. і 1609 у 2012 р.; не винесено жодної постанови головних державних лікарів про призупинення експлуатації об'єктів (у 2013 р. – 55 і з них на постійно 34 (61,8%); у 2012 р. – відповідно 540 і 233 (43,1%). Також склалися приписи за результатами проведених заходів і виносилися розпорядження та інші розпорядчі документи про усунення порушень, виявлених під час здійснення таких заходів.

Першочерговим завданням у сфері поводження з відходами є забезпечення утилізації і знешкодження накопичених небезпечних відходів і тих, що знов утворюються, а також їх екологічно безпечне видалення.

З урахуванням аналізу стану поводження з відходами в країні основними напрямками рішення проблеми повинні бути комплекси заходів щодо:

- дотримання чинного законодавства у сфері контролю за поводженням з відходами та перегляду законодавчої бази із внесенням сучасних вимог;
- розробка ефективних економічних механізмів функціонування підприємств, які переробляють відходи, з урахуванням можливості перепрофілювання існуючих нерентабельних виробництв;
- вирішення питання відведення земельних ділянок для будівництва і експлуатації полігонів для поховання ТПВ з подальшим використанням технологій отримання газу та будівництво сміттесортувальних комплексів і сміттєпереробних заводів;
- проведення рекультивації відпрацьованих полігонів та сміттєзвалищ.

### **3.4. Характеристика і безпека продуктів харчування та заходів з їх збереження**

Здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду повинно бути також спрямоване на попередження виникнення інфекційних та неінфекційних захворювань, пов'язаних із харчовим фактором передачі.

Різка погіршення екологічної ситуації практично в усіх регіонах світу, пов'язане з антропогенною діяльністю людини, вплинуло на якісний склад їжі. З харчовими продуктами в організм людини надходить значна частина хімічних і біологічних речовин. Вони потрапляють і накопичуються в харчових продуктах як за біологічним, так і за харчовим ланцюгом. Харчовий ланцюг охоплює всі етапи сільськогосподарського і промислового виробництва продовольчої сировини і харчових продуктів, а також їх зберігання, пакування і маркування. У зв'язку з цим гарантування безпеки і якості харчових продуктів є одним з основних завдань сучасного суспільства, від розв'язання якого залежить здоров'я населення і збереження його генофонду.

У період реформування державної системи санітарного і ветеринарно-фітосанітарного контролю пріоритетними завданнями державного санепіднагляду щодо безпечності харчових продуктів на сучасному етапі є належне виконання діючого законодавства, впровадження науково обґрунтованої інформації в практичну діяльність, удосконалення матеріально-технічної бази лабораторій, підвищення рівня проведення санітарно-освітньої роботи та здійснення інформування населення про ризики.

У 2014–2015 рр. в Україні під наглядом служби знаходилося 150 тисяч харчових об'єктів, що значно менше, ніж у минулі роки. Щорічно обстежувалось близько 98%

піднаглядних харчових об'єктів. У 2012 р., у зв'язку з низкою прийнятих законодавчих актів, установи Держсанепідслужби вимушені були різко скороти кількість обстежень харчових об'єктів – їх частка знизилася до 67,3%; у 2013 р. у зв'язку з новими правилами було обстежено 13,2% об'єктів, у 2014 р. цей показник становив 7,7%, у 2015 р. – 3,3%. При цьому слід зазначити, що частка харчових об'єктів, що не відповідали санітарним нормам і правилам, зменшилася до 1,3% (у 2014 р. – 2,1%, 2013 р. – 1,6%, 2012 р. – 1,8%, 2011 р. – 1,7%, 2010 р. – 1,9%, 2009 р. – 2,2%, 2008 р. – 2,3%). При наявному зменшенні як загальної кількості обстежених харчових об'єктів, так і тих, що не відповідають вимогам, під обстеження підпала дуже мала їх кількість та з них більше об'єктів, що не відповідають вимогам.

Найбільш гостро проблема об'єктивної та уніфікованої оцінки санітарного стану об'єктів постає для підприємств підвищеного епідемічного ризику – молокозаводів, дитячих молочних кухонь, підприємств громадського харчування, харчоблоків лікувальних закладів. У цілому їх в Україні налічується понад 50 тисяч.

Більшість спалахів гострих кишкових інфекцій поєднує вживання недоброякісних продуктів харчування та готових страв, виготовлених як у домашніх умовах, так і на харчоблоках в організованих колективах. Основними причинами спалахів є залучення до приготування страв випадкових осіб, які не обізнані з елементарними правилами особистої гігієни, а також порушення технології приготування їжі, зберігання харчових продуктів в антисанітарних умовах, без належного температурного режиму. Факторами передачі інфекції найчастіше стають готові страви, кондитерські вироби, які готуються із запасом, що призводить до накопичення збудників інфекційних хвороб у продуктах. При виникненні спалахів призупинялась експлуатація об'єктів. За виявлені недоліки вживались заходи адміністративного впливу, а також передавались справи до прокуратури. У 2015 р. у 93 спалахах, де фактором передачі виступали харчові продукти, захворіло 1304 особи проти відповідно 66 і 972 у 2014 р. При цьому протягом 2015–2014 рр. не було зареєстровано випадків харчових отруєнь та гострих кишкових захворювань, пов'язаних із продукцією підприємств харчової промисловості. Кількість спалахів ГКІ та кількість потерпілих у них за 2007–2015 рр. наведено на (рис. 3.4.1).

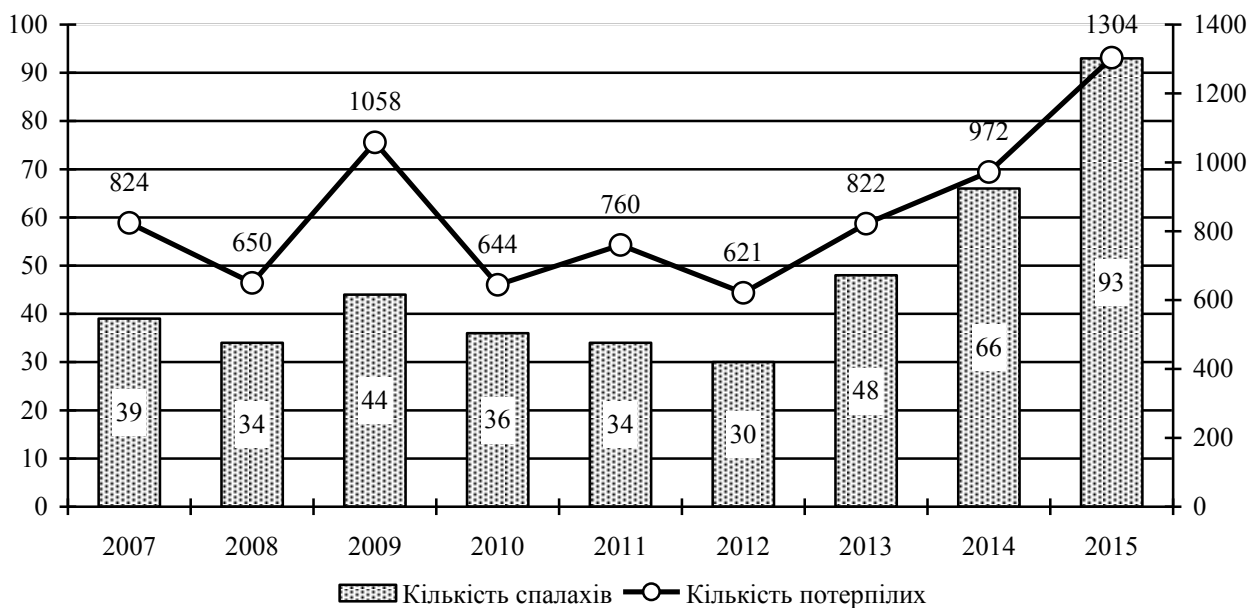


Рис. 3.4.1. Кількість спалахів ГКІ та кількість потерпілих у 2007–2015 рр.

У 2015 р. у побуті було зареєстровано 118 випадків харчових отруєнь (у 2014 р. – 153, у 2013 р. – 141, у 2012 р. – 118, у 2011 р. – 141, у 2010 р. – 146, у 2009 р. – 127, у 2008 р. – 150), що були викликані збудником ботулізму, з кількістю потерпілих 139 осіб, з них померло 6 осіб, що дещо нижче рівня минулого року – 178 і 9 відповідно. Найбільша кількість харчових отруєнь, що викликані збудником ботулізму, зареєстрована у Черкаській області – 12 (потерпіло 15 осіб), Дніпропетровській – 12 (потерпіло 14 осіб), Львівській – 10 (потерпіло 15 осіб, з них 1 померла), Запорізькій – 10 (потерпіло 11 осіб, з них 2 померли), Житомирській – 9 (потерпіло 10 осіб, з них 2 померли); Тернопільській області – 5 (потерпіло 5 осіб, з них 1 померла).

Станом на 31.12.2015 в Україні зареєстровано 98 випадків отруєнь дикорослими грибами з кількістю потерпілих 151 особа, з них померли 15 осіб. У минулі роки реєструвалося значно більше отруєнь: у 2014 р. – 119 людей, у т.ч. 10 дітей, померли 14 осіб; у 2013 р. – 196 людей, у т.ч. 15 дітей, померло 10 осіб; у 2012 р. – 305 чоловік, у т.ч. 29 дітей, померли 24 особи, у т.ч. 3 дитини. Найбільша кількість людей, що отруїлись грибами, у 2015 р. реєструвалась у Дніпропетровській (29 проти 1 у 2014 р.) та Закарпатській (23 проти 25 у 2014 р.) областях.

Якість харчової продукції за мікробіологічними та санітарно-хімічними показниками останніми роками залишається стабільною. За статистичними даними, протягом 2015 р. частка проб, що не відповідають нормативам за мікробіологічними показниками, становила 3,4% (2014 р. – 3,2%, 2013 р. – 2,5%, 2012 р. – 2,9%, 2011 р. – 3,2%, 2010 р. – 3,2%, 2009 р. – 3,3%, 2008 р. – 3,4%), за санітарно-хімічними показниками – 0,8% (2014 р. – 0,9%, 2013 р. – 1%, 2012 р. – 1,0%, 2011 р. – 1,3%, 2010 р. – 1,4%, 2009 р. – 1,5%, 2008 р. – 1,5%). При наявному зменшенні проведених досліджень за мікробіологічними показниками як по загальній кількості, так і з перевищенням, у дослідження потрапило більше продуктів з високим рівнем бактеріального забруднення (табл. 3.4.1).

Таблиця 3.4.1

**Кількість проб харчових продуктів та продовольчої сировини, що не відповідали нормативам за мікробіологічними показниками у 2007–2015 рр.**

Показник	Рік								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Усього проб	661726	647697	633082	675731	683132	481839	463880	230234	194789
Не відповідали нормативам	22 146	21 854	20 992	22256	21662	13986	11520	7260	6698
Питома вага проб, які не відповідали нормативам	3,3	3,4	3,3	3,3	3,2	2,9	2,5	3,2	3,4

Лабораторний контроль на вміст нітратів проводять в усіх областях. Часка продукції, яка не відповідає гігієнічним нормативам, у 2015 р. становила 1,5%, що нижче рівнів 2014–2011 рр. (1,9% – 1,6% – 2,4% – 2,3%). При наявному зменшенні проведених досліджень на вміст нітратів, як загальної кількості, так і з перевищенням, у дослідження потрапило більше продуктів із високим рівнем нітратів.

У 2015 р. перевищення гігієнічного нормативу на вміст афлатоксину В1 виявлено у 1 пробі у Донецькій області із 9338 досліджених проб проти 3 проб у Полтавській і Херсонській областях із 11040 досліджених проб у 2014 р.; у 2013 р. не було виявлено жодного

перевищення (у 2012 р. – 0,4%, у 2011 р. – 0,015%). Протягом останніх чотирьох років не виявлено в жодній області перевищень гігієнічного нормативу на вміст патуліну (у 2011 р. – 0,07%). Лабораторний контроль на вміст афлатоксину В1 та патуліну проводять в усіх областях, крім Чернівецької, та крім установ Держсанепідслужби на повітряному транспорті.

Лабораторний контроль на вміст нітрозамінів у продовольчій сировині та харчових продуктах проводять лише в 9 областях – Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Миколаївській, Полтавській, Сумській, Харківській, Черкаській, Чернігівській (без урахування даних з анексованих територій АР Крим та м. Севастополя). За останні роки нітрозаміни у концентраціях, вищих за гігієнічний норматив, не виявлені.

В Україні у сфері безпечності та якості харчових продуктів на перший план виходять проблеми, пов'язані з глобальною безпекою харчових продуктів, створенням стійких, комплексних систем безпеки харчових продуктів, побудованих на оцінці ризиків, пов'язаних з мікробіологічними, хімічними факторами, а також ризиків, визначених впровадженням нових технологій.

Хвороби харчового походження лягають тяжким тягарем на здоров'я населення, системи охорони здоров'я та економіку кожної країни.

Держсанепідслужбою проводиться постійна робота щодо виявлення та вилучення з обігу неякісної та небезпечної продукції. За останні роки (2005–2015 рр.) було заборонено та вилучено з реалізації 27845,8 тонн, з них у 2014 р. 706,6 тонн та у 2015 р. 120,683 тонн неякісних та небезпечних продуктів харчування.

Пріоритетними завданнями в роботі Держсанепідслужби у сфері гігієни харчування залишаються: оцінка структури харчування та його впливу на стан здоров'я, раціоналізація харчування, контроль за забезпеченням безпеки харчових продуктів і продовольчої сировини на етапах виробництва, зберігання, ввезення, реалізації та використання з метою профілактики інфекційних та масових неінфекційних захворювань, пов'язаних з харчуванням.

За порушення санітарного законодавства на харчових об'єктах у 2015 р. всього в Україні було накладено 300 штрафів на посадових осіб проти 3517 у 2014 р., тимчасово призупинено роботу 12 об'єктів, до слідчих органів надіслано 9 справ, не передано для розгляду на адмінкомісіях жодної справи, 705 осіб тимчасово відсторонено від роботи, у т.ч. на підприємствах харчової промисловості, накладено 49 штрафів на посадових осіб проти 524 у 2014 р., тимчасово призупинено роботу 1 об'єкту, до слідчих органів надіслано 2 справи, 330 осіб тимчасово відсторонено від роботи; на об'єктах ресторанного господарства (громадського харчування) накладено 175 штрафів на посадових осіб проти 1239 у 2014 р., тимчасово призупинено роботу 3 об'єктів, до слідчих органів надіслано 7 справ, 222 особи тимчасово відсторонено від роботи; на об'єктах торгівлі накладено 76 штрафів на посадових осіб проти 1754 у 2014 р., тимчасово призупинено роботу 8 об'єктів, 153 особи тимчасово відсторонено від роботи. Також склалися приписи за результатами проведених заходів і виносилися розпорядження та інші розпорядчі документи про усунення порушень, виявлених під час здійснення таких заходів.

### **3.5. Санітарно-гігієнічна характеристика умов праці населення**

Здоров'я працюючого населення є однією з пріоритетних проблем у розвинутих країнах світу. Професійне здоров'я є найважливішою складовою трудового потенціалу, воно

значною мірою визначає подальший економічний та соціальний розвиток будь-якого суспільства і розглядається як неодмінна умова, що безпосередньо впливає на виробничий процес і якість продукції.

В Україні станом на 31.12.2015 державний санітарно-епідеміологічний нагляд за умовами праці здійснювався на 66725 об'єктах промислового, сільськогосподарського та іншого призначення із загальною кількістю працівників 5220941, у т.ч. 1746372 працюючих жінок. У 2015 р. кількість працюючих жінок становила 33,4% від загальної кількості працівників (проти 34,8% у 2014 р. і 34,4% у 2013 р.).

У цілому по країні тільки 29,7% об'єктів відповідають вимогам санітарного законодавства (проти 31,5% у 2014 р. і 31,1% у 2013 р.). Із загальної кількості підприємств 27,8% належать до третьої групи підприємств, що не відповідають санітарно-гігієнічним нормам, проти 24,7% у 2014 р. і 24,4% у 2013 р. На жаль, зміни відбулися більшою частиною за рахунок об'єктів, які належать до першої групи (з 31,5% у 2014 р. до 29,7 у 2015 р.).

Використання морально та технічно застарілого обладнання, небажання власників вкладати кошти в сучасні технології та створювати безпечні умови праці, через відсутність на підприємствах достатнього соціального пакету, небажання хворих звертатись до лікарів на ранніх стадіях розвитку патології, недосконалість медичної допомоги працюючому населенню та інші об'єктивні і суб'єктивні фактори, значною мірою впливають на показники професійної захворюваності, найчастіше в бік їх зменшення, що призводить до зниження фактичного рівня професійної патології.

На стан професійного здоров'я в Україні суттєво впливають проблеми демографічного, соціально-економічного, медичного та гігієнічного характеру, які мають місце в останні роки.

На показники професійної захворюваності, безумовно, значно впливає ще й те, що протягом 2014–2015 рр. частина території Донецької та Луганської областей з великою кількістю об'єктів, що мають робочі місця зі шкідливими та небезпечними умовами праці (вугільна, металургійна галузі промисловості тощо), є непідконтрольні Україні.

За висновками науковців, офіційна статистика реєструє лише верхівку айсберга професійної захворюваності, більша частина якої не ідентифікується офіційною статистикою. Певною мірою до цього призводить відсутність дієвої системи медичної та професійної реабілітації працюючих (скорочення медичних підрозділів (закладів) на підприємствах, недоліки у проведенні обов'язкових медичних оглядів і загальної диспансеризації працюючого населення, закриття більшості санаторіїв-профілакторіїв підприємств тощо).

Реформування системи охорони здоров'я в останні роки, зокрема Держсанепідслужби, негативно позначилося на якості надання медичної допомоги працюючим, практично усунуло санітарно-епідеміологічну службу від контролю за якістю проведення медичних оглядів, призвело до значних порушень термінів оформлення санітарно-гігієнічних характеристик та інформаційних довідок умов праці особам із підозрою на професійне захворювання. Тому рівень професійної захворюваності, за офіційними даними, не характеризує реальну ситуацію щодо стану умов праці та санітарної безпеки на підприємствах.

Протягом 2012–2015 рр. в Україні було зареєстровано 16188 випадків хронічних професійних захворювань, у т.ч. 5158 у 2012 р., 5486 у 2013 р., 3733 у 2014 р. та 1811 у 2015 р. Найбільша кількість випадків хронічних профзахворювань у 2015 р. зареєстрована в

Дніпропетровській (39,1%), Львівській (19,6%) та Донецькій (12,2%) областях (за даними офіційних звітів закладів Держсанепідслужби).

Загальний рівень професійної захворюваності в Україні становить 3,4 на 10 тис. населення, що працює на об'єктах промислового призначення. Однак більшість випадків професійних захворювань свідомо чи несвідомо не реєструється або приховується. За інформацією територіальних органів Держсанепідслужби, вимогам санітарного законодавства в цілому відповідають лише 29,7% об'єктів промисловості.

За останні десятиліття в Україні різко зменшилася кількість медико-санітарних частин та здоров'я пунктів на підприємствах, що є найбільш наближеними до робочого місця осередками надання первинної медичної допомоги працюючим у разі травм, нещасних випадків та випадків погіршення стану здоров'я на виробництві. Пріоритетними завданнями в цьому напрямку, як на державному, так і на регіональному та місцевих рівнях, є пошук оптимальних моделей організації медичного обслуговування працюючих (особливо в умовах підвищеного ризику розвитку професійних захворювань), докорінне поліпшення системи виявлення і реєстрації професійних захворювань тощо.

Професійні захворювання призводять до значних втрат підприємств, інвалідності та зниження працездатності працівників, тому що на них хворіють переважно особи працездатного віку. Вони призводять не тільки до страждань хворого, але й знижують продуктивність праці, є причиною значної кількості скарг як з боку працівників, так і з боку роботодавців. У значній кількості такі скарги вирішуються у суді.

Державним закладом «Український центр з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України» здійснюється моніторинг організації медичних оглядів працівників певних категорій та стану професійної захворюваності. Невід'ємною частиною такого моніторингу є здійснення державного санітарного нагляду за виконанням вимог законодавчих і нормативних актів з гігієни та охорони праці працівників, дотримання санітарно-гігієнічних норм і правил. Наразі у державі здійснюється реформування системи нагляду (контролю) у сфері гігієни праці.

За даними офіційних звітів закладів Держсанепідслужби у 2015 р. лабораторним контролем було охоплено 56,7% (65,0% у 2014 р. і 57,8% у 2013 р.) об'єктів, проведено 199426 досліджень шкідливих факторів у повітрі робочої зони (у 2014 р. – 254554, у 2013 р. – 296607), з них у 14,4% (13,0% – 2014 р., 10,4% – 2013 р.) виявлено перевищення гранично допустимих концентрацій.

Продовжується зниження кількості обстежених лабораторно робочих місць – 1,6% (у 2014 р. – 1,8%, у 2013 р. – 2,0%).

У 2015 р. вимірюваннями фізичних факторів було охоплено 7142 (у 2014 р. – 10159, у 2013 р. – 11634) об'єктів промислового призначення. Виконано 234701 (у 2014 р. – 292269) вимірювання параметрів шуму, вібрації, електромагнітних полів радіочастот, постійного магнітного поля, електромагнітних полів промислової частоти, ультрафіолетового, інфрачервоного, лазерного випромінювання, освітленості, метеофакторів на 117422 робочих місцях (у 2014 р. – 142135). При цьому кількість досліджень, які не відповідають санітарним нормам, становить 24334, або 10,4% (у 2014 р. – 10,6%, у 2013 р. – 13,4%). Кількість робочих місць, які не відповідають санітарним нормам, – 15059, або 12,8% (у 2014 р. – 13,3%, у 2013 р. – 12,0%).



У 2015 р. на порушників санітарного законодавства на промислових підприємствах було накладено 339 штрафів (у 2014 р. – 2148, у 2013 р. – 3755), одна справа передана до слідчих органів (у 2014 р. – 4, у 2013 р. – 6), за якою прийнято рішення щодо притягнення до відповідальності. Винесено одну постанову про припинення експлуатації об'єктів, цехів, діляниць на постійно (у 2014 р. – 8, у 2013 р. – 221). За пропозицією фахівців Держсанепідслужби було відсторонено від роботи 1152 особи (2014 р. – 4100, 2013 р. – 3565). Крім того, склалися приписи за результатами проведених заходів, виносилися розпорядження та інші розпорядчі документи про усунення порушень, виявлених під час здійснення таких заходів.

### 3.6. Характеристика радіаційної ситуації

На території України на сьогодні функціонує понад 10 тис. підприємств, установ та організацій, що використовують у своїй діяльності радіаційно небезпечні технології та джерела іонізуючих випромінювань (ДІВ), діє чотири атомні електростанції (АЕС), дослідницький реактор у м. Київ, у 6 областях (Київській, Донецькій, Дніпропетровській, Львівській, Одеській, Харківській) розташовані та функціонують регіональні підприємства, що здійснюють зберігання та захоронення радіоактивних відходів. У Дніпропетровській та Кіровоградській областях ведеться видобування та переробка уранових руд. Крім цього, радіаційна ситуація обумовлена техногенною аварією на Чорнобильській АЕС в 1986 р., внаслідок якої 74 райони 12 областей України потребують постійного контролю дозових навантажень на населення.

Ведеться постійний санітарно-дозиметричний контроль зовнішнього середовища, який включає кількісну та якісну оцінку радіоактивних забруднень атмосферного повітря, джерел водопостачання, продуктів харчування та інших об'єктів довкілля.

Орієнтовані на сучасні методи досліджень прилади високої чутливості забезпечують високу точність вимірів показників, відповідну до точності вимірів, що досягається у країнах Європейської спільноти. Для проведення досліджень не потрібні великі кількості досліджуваних матеріалів. Результат дослідження відомий за кілька годин (на відміну від радіохімічного методу, де на дослідження проби витрачається кілька днів і, навіть, тижнів).

Радіологічні підрозділи здійснюють радіаційно-гігієнічний нагляд на території України, вивчають радіаційну обстановку з метою забезпечення радіаційно-гігієнічного благополуччя населення.

Оскільки фактор внутрішнього опромінення населення за рахунок перорального надходження радіонуклідів до організму людини найбільш піддається коригуванню і, таким чином, різко може змінювати очікувану дозу опромінення населення, то постійно проводиться радіологічний контроль харчової продукції та сировини, а також продукції, що завозиться до України.

За 2015 р. установами Держсанепідслужби проведено 30937 гамма- та бета-спектрометричних досліджень продуктів харчування, з них не відповідало вимогам НРБУ-97 0,7% продуктів харчування на вміст радіонуклідів цезію-137 та стронцію-90, 2103 дослідження проб питної води централізованого водопостачання на вміст радіонуклідів цезію-137 та стронцію-90, з них не відповідало вимогам НРБУ-97 2,9%, 1016 досліджень проб питної води децентралізованого водопостачання на вміст радіонуклідів цезію-137 та

стронцію-90, з них не відповідало вимогам НРБУ-97 2,8%, та 866 досліджень проб води з відкритих водойм на вміст радіонуклідів цезію-137 та стронцію-90.

Стосовно продуктів харчування та продовольчої сировини, аналіз отриманих результатів свідчить, що перевищення допустимих рівнів зустрічається у молоці приватного сектору, м'ясі та м'ясопродуктах, дикорослих ягодах, грибах та лікарських рослинах Волинської, Житомирської, Рівненської, Київської та Чернігівської областей (рис. 3.6.1).

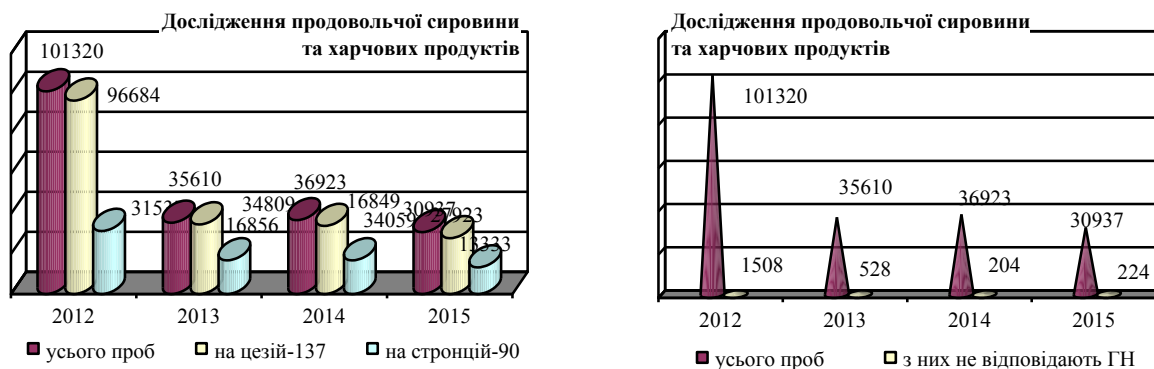


Рис. 3.6.1. Дослідження продовольчої сировини та харчових продуктів

Стан радіаційної безпеки, радіаційного захисту персоналу і населення значною мірою залежить від наявності та дієвості радіометричних спостережень та обліку доз опромінення.

З прийняттям Закону України «Про захист людини від впливу іонізуючого випромінювання» від 14.01.1998 №15/98-ВР (із змінами) важливого значення набула робота як у сфері охорони здоров'я в цілому, так і в діяльності Держсанепідслужби, спрямована на забезпечення захисту життя та здоров'я людей від негативного іонізуючого випромінювання, особливо категорія громадян, робота яких пов'язана з професійним опроміненням. Порядок функціонування державної системи контролю та обліку індивідуальних доз опромінення населення визначений постановою Кабінету Міністрів України від 23.04.2001 №379.

Індивідуальний дозиметричний контроль (ІДК) персоналу категорії А здійснюється на базі державної установи «Інститут медичної радіології імені С.П. Григор'єва НАМН України», відповідних підрозділів обласних та м. Києва лабораторних центрів Держсанепідслужби (включаючи лабораторні центри на водному, залізничному та повітряному транспорті). Характер розподілу дозових навантажень персоналу категорії А за результатами обстежень зображений на (рис. 3.6.2).

У 2015 р. було перевірено 7774 радіологічні об'єкти, з них понад 6,5 тис. в ЗОЗ, 737 на промислових підприємствах. При цьому ІДК зовнішнього опромінення було охоплено 27224 (64,4%) особи персоналу із 42 тис. осіб, що підлягали контролю, з них 14849 на промислових підприємствах (58,8%) із 23 тис., 11012 в ЗОЗ (66%) із 16653. Частка охоплення ІДК персоналу за категорією А у 2012, 2013 та 2014 роках становила 68,9%, 59,1% і 54,8% відповідно.

Крім того, дозиметричний контроль здійснюється у відповідних службах (підрозділах), які належать до сфери управління інших міністерств і відомств.

Значна увага приділяється державному метрологічному нагляду із забезпеченням єдності необхідних вимірювань зовнішнього опромінення. На сьогодні, в основному,

проведена атестація радіологічних підрозділів Держсанепідслужби в системі Укрмедтестстандарту та МОЗ України.

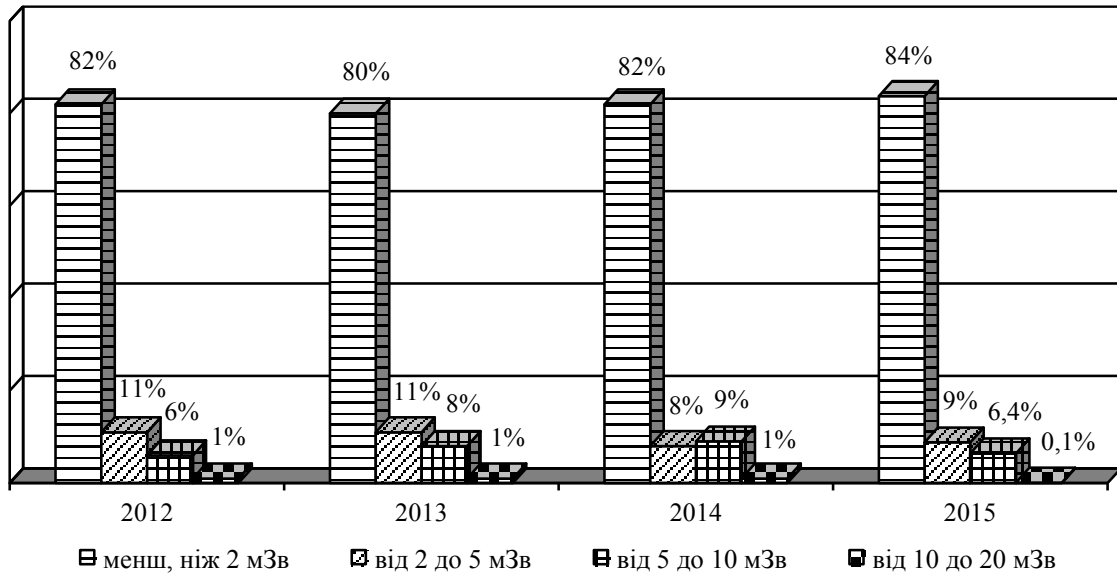


Рис. 3.6.2. Загальний характер розподілу дозових навантажень персоналу (категорії А)

При здійсненні державного санітарно-епідеміологічного нагляду установами Держсанепідслужби на підприємствах, що виконують роботи з поводження з радіоактивними відходами (РАВ), установлено, що через скрутне фінансове становище, що склалося на підприємствах України, та високі ціни на транспортування демонтованих радіоізотопних приладів (РПів), що встановлюються спецкомбінатами, вони накопичуються на підприємствах Одеської, Житомирської, Київської, Вінницької, Чернігівської, Волинської, Дніпропетровської, Рівненської, Сумської областей, м. Києва.

Протягом 2015 р. проводилося радіаційно-гігієнічне обстеження об'єктів нагляду із застосуванням сучасних радіологічних методів досліджень. Було обстежено 2169 (27,9%) радіологічних об'єктів із 7774, з них тільки 64 (2,9%) не відповідають нормативам; 1225 (3,0%) промислових підприємств із 40863; 7015 (3,5%) комунальних об'єктів, навчально-виховних закладів тощо із 203558, з них 3 (0,04%) не відповідають нормативам.

Найбільш скрутне становище склалося на радіологічних об'єктах лікувально-профілактичних закладів, де гостро потребує переоснащення рентгенрадіологічне обладнання (понад 80 % цього обладнання вичерпало свій техніко-експлуатаційний ресурс), що сприяло б зменшенню дозових навантажень при проведенні лікувально-діагностичних процедур та покращило б проведення державного санітарного нагляду за цими об'єктами.

Незважаючи на труднощі та недоліки у роботі, радіологічні підрозділи, переважно виконують свої функції із забезпечення радіаційної безпеки населення України.

У 2015 р. на порушників санітарного законодавства з питань дотримання радіаційної безпеки було накладено 14 штрафів проти 65 у 2014 р., 85 у 2013 р. та 415 у 2012 р., жодної справи не передано у слідчі органи проти 5 у 2014р., 6 у 2013 р. та 9 у 2012 р., не було призупинено експлуатацію жодного об'єкту (у 2014 р. – тимчасово 2, у 2013 р. – 2, у 2012 р. – 237 із 243). Також склалися приписи за результатами проведених заходів і виносилися розпорядження та інші розпорядчі документи про усунення порушень, виявлених під час здійснення таких заходів.

### 3.7. Характеристика санітарно-епідемічного стану та аналіз його забезпечення в навчальних і оздоровчих закладах для дітей

Незважаючи на складні соціально-економічні умови в Україні, система охорони здоров'я зберегла у стратегії розвитку спрямованість щодо здорового способу життя, продовжуючи оновлення та інтеграцію у європейський і світовий простір. Цілеспрямовано і послідовно формується державна політика здорового способу життя, що знайшло відображення у розробленому проекті Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 роки, яка є складовою Національного плану дій з реформування, затвердженого Указом Президента України від 12.01.2015 №5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна-2020» та Урядом України (Програма діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена постановою Верховної Ради України від 11.12.2014 №26-VIII).

Однією із цілей кінцевої мети реалізації Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні є збереження та зміцнення здоров'я населення, провадження періоду активного довголіття і тривалості життя людей. Серед найбільш важливих державних заходів з реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я є забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення, спрямування охорони здоров'я на посилення заходів із попередження захворювань, запобігання інфекційним захворюванням.

Важливими факторами, які впливають на здоров'я школярів, є організація навчання, виховання, проживання, оздоровлення, відповідність програмних вимог і методів навчання індивідуальним особливостям дітей, адекватність їх харчування.

У 2015 р. закінчені будівництвом 55 об'єктів (у 2014 р. – 47, у 2013 р. – 20, у 2012 р. – 108, у 2011 р. – 298), з них тільки 2 об'єкти введені в експлуатацію з проведенням лабораторно-інструментальних досліджень, з видачею висновку Держсанепідслужби про відповідність об'єкту вимогам санітарних норм і правил.

Під наглядом Держсанепідслужби на 31.12.2015 р. знаходилось 66695 навчальних і оздоровчих закладів (у 2014 р. – 72118, у 2013 р. – 82420), у т.ч. 15072 дошкільні навчальні заклади (2014 р. – 12268, 2013 р. – 13611), 16849 загальноосвітніх (2014 р. – 17100, 2013 р. – 18720), 826 закладів інтернатного типу (2014 р. – 826, 2013 р. – 954), 9704 заклади оздоровлення та відпочинку для дітей (2014 р. – 14052, 2013 р. – 18450), 5361 позашкільний (2014 р. – 5682, 2013 р. – 6086), 16123 – їдальні шкіл, ліцеїв, гімназій, ПТНЗ, УВК, ВНЗ I–II рівнів акредитації (2014 р. – 16183, 2013 р. – 17720).

Більшість закладів розташовані в типових і спеціально побудованих будівлях, підключені до централізованих мереж водопостачання і каналізації. Разом з тим залишається недостатньою матеріально-технічна база дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладів сільської місцевості.

Частка дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладів, що мають доступ до якісної питної води, у 2015 р. становила 93,5% (у 2014 р. – 84,9%).

Не підключені до централізованих та локальних мереж водопостачання 329 (2,6%) дошкільних навчальних закладів проти 685 (5,2%) у 2012 році. У зв'язку з відсутністю джерел централізованого водопостачання у населених пунктах, невідповідністю води з локальних джерел нормативам, працює на привозній воді 271 (2,2%) дошкільний навчальний заклад, у минулому році – 267 (2,2%). Найбільше таких закладів у Миколаївській – 71, Одеській – 44 та Дніпропетровській – 43 областях.

Мають децентралізоване водопостачання (крім приміщень харчоблоків) 1246 (7,4%) загальноосвітніх навчальних закладів (2012 р. – 2414 (12,5%), (Житомирська область – 211, Одеська – 145 тощо). Працюють на привізній воді 543 (3,2%) загальноосвітні навчальні заклади країни (у 2012 р. – 466), з них у Рівненській області – 128, Харківській – 91 тощо.

Одним із найважливіших питань перевірок готовності шкіл є питання безпечного водопостачання. На початку підготовки до нового навчального року проводяться лабораторні дослідження джерел водопостачання. Невідповідність нормативам за бактеріологічними показниками відмічено у 8% відібраних проб питної води у 2015 р. проти 4,6% у 2014 р. та 2,6% у 2013 р.; за санітарно-хімічними показниками – у 10,4% проб у 2015 р. проти 10% у 2014 р. та 6,7% у 2013 р.

Особливо гостро стоїть проблема каналізування закладів. У зв'язку з виходом з ладу старих систем каналізування або відсутністю каналізації у населених пунктах сільської місцевості у навчальних закладах це питання вирішується шляхом каналізування на вигріб, що призводить до збільшення кількості таких закладів. Усього по країні каналізовані на вигріб 7813 (46,6%) загальноосвітніх навчальних закладів проти 7463 (43,6%) у 2014 р. та 8026 (43,1%) у 2013 р. Досить гострою є проблема загальноосвітніх навчальних закладів, які взагалі не каналізовані. Таких на сьогодні 675 (4%) закладів проти 816 (5,7%) у 2014 р. та 885 (4,7%) у 2013 р. Так, у Житомирській області не каналізовані майже третина – 28% закладів.

Не дивлячись на активне впровадження регіональних програм, спільну роботу з управліннями освіти і науки та керівниками закладів, має місце негативна динаміка щодо охоплення школярів гарячим харчуванням у зв'язку з погіршенням соціально-економічних умов в країні.

Посилено державний санітарно-епідеміологічний нагляд за якістю продуктів харчування в навчальних і оздоровчих закладах. Зменшилась кількість лабораторних досліджень готових страв; питома вага проб з відхиленням практично не змінилася за калорійністю – 5,4% проти 5,2% у 2014 р., показники відхилень бактеріального забруднення страв на рівні 2,3%, показники відхилень при проведенні штучної С-вітамінзації становлять 2,4%, показники відхилень позитивних змивів на умовно-патогенну мікрофлору з обладнання, інвентарю, рук та санітарного одягу кухарів закладів становлять 3,5%.

Здійснення державного санепіднагляду за дитячими закладами оздоровлення та відпочинку проводиться на виконання Закону України «Про оздоровлення та відпочинок дітей» від 04.09.2008 №375-VI (із змінами), постанов Головного державного санітарного лікаря України про медико-санітарне забезпечення відпочинку та оздоровлення дітей.

Протягом літа 2015 року під наглядом Держсанепідслужби знаходилось 9580 закладів оздоровлення та відпочинку, у т.ч.: 567 замських таборів, 8537 міських таборів, 374 табори праці та відпочинку та 102 спортивно-оздоровчі табори. Крім того, функціонували 122 дитячі санаторії, з них працюють цілий рік – 112.

Порівняно з минулим роком зменшилась кількість закладів оздоровлення та відпочинку (2014 р. – 13920, 2013 р. – 18273, 2012 р. – 17471), а також дитячих санаторіїв з 174 до 130 у 2014 р. та 122 у 2015 р. у зв'язку з фінансовою неспроможністю або зі зміною власника. Така тенденція призводить до зменшення кількості закладів, у яких може проводитись оздоровлення дітей та збільшується кількість закладів, у яких діти лише відпочивають.

Протягом оздоровчої кампанії фахівцями Держсанепідслужби спільно з представниками місцевих адміністрацій, профспілкових комітетів підприємств-власників та

органів місцевого самоврядування, відділів освіти було обстежено 6079 закладів оздоровлення та відпочинку (2014 р. – 9011), порушення санітарного законодавства встановлено у 2-х закладах (2015 р. – 0,03%, 2014 р. – 0%, 2013 р. – 0,02%, 2012 р. – 1,1%).

Не мають централізованого або локального водопостачання (працюють на привізній воді) 213 (2,2%) закладів оздоровлення та відпочинку, у т.ч. 18 заміських закладів. За даними Держсанепідслужби, протягом оздоровчого сезону проведено 11145 досліджень проб питної води за бактеріологічними та 9124 за санітарно-хімічними показниками, з них показник відхилень за хімічними показниками склав 10,9% (2014 р. – 8,6%, 2013 р. – 4,4%, 2012 р. – 5,7%), за бактеріологічними показниками – 5,9% (2014 р. – 4,4%, 2013 р. – 7,6%, 2012 р. – 3,1%).

В Україні влітку 2015 р. працювало 225 дитячих закладів оздоровлення та відпочинку з пляжами, у т.ч. морськими – 122 (54,2%), що значно менше, ніж у минулому році (2014 р. – 276, 2013 р. – 451, 2012 р. – 477). Протягом оздоровчого сезону досліджено 1198 проб води з відкритих водойм за бактеріологічними показниками, відхилення становили 1,6% (у 2014 р. – 1,2%, 2013 р. – 2,7%, 2012 р. – 2,6%).

Не мають централізованого або локального каналізування (каналізовані на вигріб) 4202 (43,9%) заклади, у т.ч. 248 (43,7%) заміських. Цей показник дещо зменшився порівняно з минулим роком. Мають системи опалення 8332 (87%) заклади (2014 р. – 88%, 2013 р. – 89%, 2012 р. – 86,8%). Протягом оздоровчого сезону без дозволу Держсанепідслужби було відкрито 6 закладів у 2015 р. та 1 заклад оздоровлення і відпочинку для дітей у 2014 р. Це менше, ніж у 2013 р. (13) і 2012 р. (51).

За даними лабораторних досліджень, у середньому по країні в оздоровчу кампанію 2015 р. відхилення по калорійності від меню-розкладів зареєстровано у 53,7% (2014 р. – 5,2%, 2013 р. – 4,1%) проб. Відхилення при проведенні штучної С-вітамінізації становили 0,9% (у 2014 р. – 4,1%, 2013 р. – 2,9%). Бактеріологічне забруднення встановлено в 1,9% (2014 р. – 2,3%, 2013 р. – 1,9%) досліджених проб готових страв. Питома вага позитивних змивів на умовно-патогенну мікрофлору з обладнання, інвентарю, рук та санітарного одягу кухарів закладів оздоровлення/відпочинку становила 3% (2014 р. – 3,3%, 2013 р. – 3,9%).

Протягом 2015 р. в Україні зареєстровано 37 спалахів інфекційних захворювань у навчально-виховних та оздоровчих закладах (2014 р. – 26, 2013 р. – 12, 2012 р. – 15, 2011 р. – 19), в яких постраждало 500 осіб (2014 р. – 335, 2013 р. – 138, 2012 р. – 344, 2011 р. – 345), у т.ч. 392 дитини, з них у дошкільних навчальних закладах – 276 дітей, загальноосвітніх – 85 дітей, оздоровчих – 31 дитина. Виникненню і розповсюдженню спалахів сприяли численні порушення вимог санітарного законодавства, порушення технології приготування та зберігання продуктів харчування, нехтування працівниками навчальних закладів елементарними протиепідемічними вимогами, що підтверджено результатами лабораторних бактеріологічних досліджень змивів з обладнання і посуду, готових страв, а також виявленням патогенної мікрофлори від працівників харчоблоків.

З метою забезпечення санепідблагополуччя дітей у закладах для дітей і підлітків у 2015 р. спеціалістами Держсанепідслужби до посадових осіб застосовано 1309 штрафних санкцій проти 10487 у 2014 р., з них реалізовано 1303 (у 2014 р. – 10455, у 2013 р. – 18976). Головними державними санітарними лікарями територій було винесено 2 постанови про припинення експлуатації об'єктів (у 2014 р. – 10, у 2013 р. – 619), з них тимчасово – 1 (у 2014 р. – 10, у 2013 р. – 597). Направлено у слідчі органи 5 справ проти 8 у 2014 р. і 10 у 2013 р., за якими у 3 (60%) (у 2014 р. – 4 (50%), у 2013 р. – 4 (10%)), були прийняті рішення

щодо притягнення до відповідальності винних осіб. На 19 об'єктах було обмежено асортимент продукції, що вироблялася (у 2014 р. – 65, у 2013 р. – 235), тимчасово відсторонялось від роботи 14149 осіб (у 2014 р. – 16965, у 2013 р. – 7068).

За результатами проведених заходів, складалися приписи і виносилися розпорядження та інші розпорядчі документи про усунення порушень, виявлених під час здійснення перевірок.

### **3.8. Аналіз санітарно-епідемічного благополуччя населення та виконання заходів із його забезпечення**

В умовах зростаючого антропогенного впливу на навколишнє середовище, збільшення резистентності збудників інфекційних захворювань до хіміотерапевтичних препаратів та дезінфекційних засобів, різноманітності природних зон та біоценозів території України, що створюють сприятливі умови для довготривалого існування природно-вогнищевих інфекцій (туляремія, лептоспіроз, лістеріоз, гарячка КУ, кліщовий вірусний енцефаліт), виявлення нових нозологічних форм, що раніше не зустрічались на території країни (вірусні геморагічні гарячки – Кримська, Західного Нілу, Каліфорнійський енцефаліт), підвищення міграції населення, росту масштабів міжнародної торгівлі продуктами харчування, а також стихійних лих і катастроф з'явилися об'єктивні передумови для швидких змін епідемічної ситуації на окремих територіях країни.

Погіршення соціальної, економічної та екологічної ситуації позначилось на рівні медичної допомоги, стані імунoproфілактики, а відповідно, і на рівні інфекційної захворюваності.

На кінець 2015 р. в Україні зареєстровано майже 7 млн випадків (14927,02 на 100 тис. нас.) інфекційних хвороб, з них 65,6% (55347,78 на 100 тис. населення) серед дітей (без даних з тимчасово окупованих територій Автономної Республіки Крим, м. Севастополя, частини Донецької та Луганської областей – ситуація враховується при порівняльному аналізі за 2013–2015 рр.).

За матеріалами державної статистичної звітності загальна захворюваність населення України на інфекційні хвороби у 2015 р. в цілому порівняно з 2014 р. знизилася на 3,4%, у т.ч. серед дітей до 17 років – на 4,4%.

Аналіз захворюваності на інфекційні хвороби в Україні упродовж 14 років виявив тенденцію до її зниження – у 2015 р. показник захворюваності становить 441,84 на 100 тис. нас. (без носіїв, грипу та ГРВІ) проти 452,44 у 2014 р. та 673,27 у 2013 р.

У загальній структурі інфекційної захворюваності захворюваність на гострі інфекції верхніх дихальних шляхів і грип становить 97,0% (рис. 3.8.1).

Серед усіх інфекційних хвороб, що реєструються в країні, найбільший вплив на стан здоров'я населення у 2015 р. мали: грип та інші інфекційні хвороби дихальних шляхів, а також вірусний гепатит, гострі кишкові захворювання, туберкульоз, інфекції керовані засобами специфічної імунoproфілактики.

У 2015 р. не реєструвалась захворюваність на холеру, сибірку, паратифи, орнітоз, висипний тиф, гострий поліомієліт, хворобу легіонерів; реєструвались поодинокі випадки: бруцельозу (1), туляремії (1), черевного тифу (4), сказу (6), рикетсioзів – гарячка КУ (1), кліщовий вірусний енцефаліт (3), гарячка Західного Нілу (4), дифтерія (2).

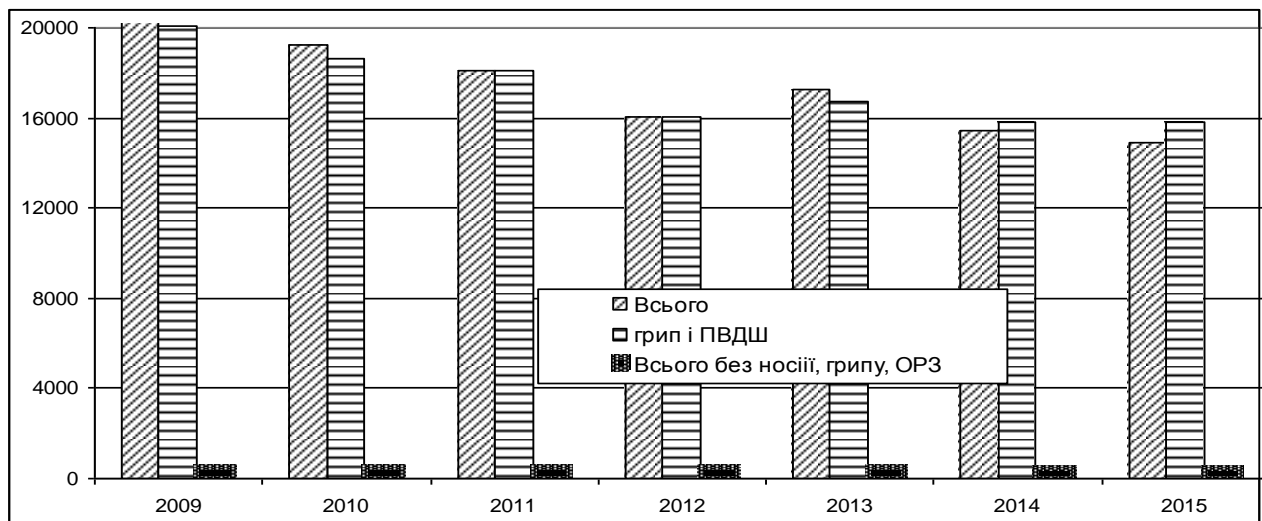


Рис. 3.8.1. Інфекційна захворюваність на території України за 2009–2015 рр. (на 100 тис. населення)

Епідемічний процес проявлявся у вигляді спорадичної захворюваності та у вигляді спалахів і групових захворювань. Зросла захворюваність на ентерити, спричинені ерсиніями, – на 91,0% (0,28 на 100 тис. нас.), кашлюк – на 65,4% (5,36 на 100 тис. нас.), хворобу Лайма – у 2 рази (7,55 на 100 тис. нас.), вірусний менінгіт – на 15,3%, вірусний гепатит С – на 6,9% (1,30 на 100 тис. нас.), хронічні вірусні гепатити – на 3% (17,29 на 100 тис. нас.), на малярію – на 6% (0,11 на 100 тис. нас.).

У 2015 р. порівняно з 2014 р. реєструвалося зниження захворюваності на сальмонельоз – 6,4% (18,45 на 100 тис. нас.), шигельоз – 22,2% (2,06 на 100 тис. нас.), ентерити, коліти, гастроентероколіти, харчові токсикоінфекції – 0,4% (116,89 на 100 тис. нас.), ротавірусний ентерит – 11% (27,38 на 100 тис. нас.), кампілобактеріальний ентерит – 3,4% (0,25 на 100 тис. нас.), лямбліоз – 7,4% (27,76 на 100 тис. нас.), лептоспіроз – 36,5% (0,66 на 100 тис. нас.); туберкульоз органів дихання – 6% (48,84 на 100 тис. нас.), менінгококову інфекцію – 9,5% (0,74 на 100 тис. нас.), кір – 95,5% (0,23 на 100 тис. нас.), краснуха – 81,5% (0,55 на 100 тис. нас.), епідемічний паротит – 4,5% (1,02 на 100 тис. нас.), інфекційний мононуклеоз – 6,3% (11,20 на 100 тис. нас.).

Одним із найважливіших заходів у боротьбі та попередженні інфекційних захворювань, керованих засобами специфічної імунопрофілактики (дифтерія, кашлюк, кір, поліомієліт, правець), є профілактичні щеплення.

Для подальшого забезпечення і підтримання епідемічного благополуччя в Україні щодо керованих інфекцій необхідно забезпечити достатній обсяг охоплення профілактичними щепленнями, рекомендований ВООЗ та передбачений у Загальнодержавній програмі з імунопрофілактики на рівні не менше 95,0%. Це можливо лише за умови повного забезпечення потреб закладів охорони здоров'я в імунобіологічних препаратах для щеплення та безперебійного і ритмічного їх постачання в заклади охорони здоров'я регіонів.

На кінець 2015 р. спостерігався черговий епідемічний спад кору у більшості регіонів країни. При цьому захворюваність знизилася на 95,5%, усього зареєстровано 105 випадків (0,23 на 100 тис. нас. проти 5,13 у 2014 р.). Високі показники захворюваності залишались у Рівненській – 3,71 на 100 тис. нас. (у 16 разів вище середнього по Україні) та Закарпатській – 2,87 (вище у 12 разів) областях. Незначне зростання захворюваності спостерігалось у



Закарпатській області – на 3% (від 33 до 36 випадків). Жодного випадку кору не було зареєстровано у Волинській, Дніпропетровській, Житомирській, Івано-Франківській, Кіровоградській, Луганській, Полтавській, Херсонській, Хмельницькій та Чернігівській областях.

На кір більше хворіли діти. Захворюваність серед дітей до 17 років відмічається на рівні 0,95 на 100 тис. нас. (у 2014 р. – 20,1). Найвищі показники захворюваності серед дітей відмічались у Рівненській (12,37 на 100 тис. нас.) та Закарпатській (9,38) областях. За віковими групами найвищі показники захворюваності відмічались серед дітей раннього, молодшого та середнього віку.

МОЗ України проводить роботу щодо елімінації кору та краснухи відповідно до стратегічного курсу, визначеного Європейським регіональним бюро ВООЗ. Діє комісія з верифікації елімінації кору та краснухи для координації відповідних заходів з удосконалення епідеміологічного нагляду, підготовки нормативної документації тощо.

Останніми роками захворюваність на краснуху, епідемічний паротит, а також кашлюк набуває нестабільного некерованого характеру, про що свідчить чергування періодів підйому і спаду захворюваності, зменшення міжепідемічних проміжків часу. Із кожним роком зменшуються обсяги виявлення бактеріоносіїв, як токсигенних, так і нетоксигенних штамів дифтерії.

Реєструється постійне зниження захворюваності на дифтерію. У 2015 р. зареєстровано 2 випадки (у 2014 р. – 4, у 2013 р. – 6, у 2012 р. – 5).

1995 рік для дифтерії був роком максимальної реєстрації випадків (5277 при інтенсивному показнику 10,25 на 100 тис. населення) – це був «пік» масового поширення інфекції. Виникненню епідемії сприяв низький рівень охоплення дітей, особливо старших, профілактичними щепленнями.

Протягом 1999–2015 рр. чітко простежувалась тенденція до поступового щорічного зниження захворюваності на епідемічний паротит відповідно з 66,4 на 100 тис. населення до 1,02. Показник 2015 року – найнижчий за останні 15 років.

Краснуха на цей час є наймасовішою інфекційною хворобою серед інфекцій, що керуються засобами специфічної профілактики. Майже 80% серед захворілих припадає на дітей. У 2015 р. захворюваність на краснуху становила 0,55 на 100 тис. нас., що на 81,5% нижче рівня 2014 р. (2,95). У 2015 р. порівняно з 2014 р. було зареєстровано різке зниження захворюваності серед дітей до 17 років – з 66,14 до 0,55 на 100 тис. населення. Високий рівень захворюваності зберігається серед окремих категорій незахищених дорослих, у яких серйозною загрозою є тератогенний вплив, переривання вагітності, народження дітей із синдромом вродженої краснухи тощо. Подолання саме цих ускладнень є основою стратегії ВООЗ, покладеної у програму елімінації краснухи і попередження випадків вродженої краснушної інфекції.

Досягти зниження захворюваності на епідпаротит та краснуху можна тільки засобами імунопрофілактики, використання яких за останні роки значно знизилася.

Щодо епідемічної ситуації з правцю, то у минулому році захворюваність на правець склала 0,03 на 100 тис. нас. (12 випадків) проти 0,02 на 100 тис. нас. (10 випадків) у 2014 р. У 2015 р. на правець захворіли 2 дитини (у 2014 р. також 2 дитини), що свідчить про накопичення когорти сприйнятливих дітей та, безумовно, викликано зниженням обсягів імунізації.

За останні роки, на відміну від раніше досягнутих успіхів у реалізації Програми ліквідації поліомієліту та сертифікації України, як території вільної від циркуляції дикого поліовірусу, стає очевидним загострення цієї проблеми. Громадська недовіра до щеплень та недостатнє забезпечення вакцинами в кінцевому підсумку створили небезпечну ситуацію щодо захисту дітей від поліомієліту, знизивши рівень охоплення щепленнями до критичного.

Розуміючи, які можуть бути наслідки та загрози для здоров'я, в першу чергу дитячого населення, з метою вжиття заходів щодо попередження ускладнень епідемічної ситуації з поліомієліту та виконання рекомендацій ВООЗ в Україні проводиться робота відповідно до наказу МОЗ України від 12.09.2013 №798 «Про запобігання поширення дикого поліовірусу типу 1 (ДПВ1) в країні». У регіонах в рамках виконання міжнародної програми глобальної ліквідації поліомієліту посилено контроль та підвищено вимоги до епідеміологічного нагляду за гострими в'ялими паралічами/поліомієлітом, вірусологічним моніторингом стічних вод, станом джерел водопостачання та рекреаційних зон. Незважаючи на кадрові та організаційні зміни, в цілому вдалося утримати ситуацію під контролем. Національна лабораторія з діагностики поліомієліту акредитована ЄРБ ВООЗ на 2015 рік за всіма необхідними показниками.

2015 рік був переломним у вирішенні питання щодо вакцинації дітей від поліомієліту. Завдяки заходам, вжитим МОЗ України, отримано достатню кількість вакцини від поліомієліту у вигляді гуманітарної допомоги, що надало можливість проводити необхідні щеплення.

У зв'язку з неблагополучною ситуацією у світі щодо поліомієліту, з метою раннього виявлення та попередження розповсюдження, запроваджено додаткові заходи щодо епідеміологічного нагляду за ентеровірусними інфекціями відповідно до наказу МОЗ України від 05.09.2013 №777 «Про затвердження Плану заходів щодо попередження виникнення та поширення захворювань на ентеровірусні інфекції на 2013–2016 роки».

У регіонах України здійснюється моніторинг за циркуляцією ентеровірусів у зовнішньому середовищі, серед хворих осіб та здорових дітей. Аналіз результатів цієї роботи свідчить про нестійку епідемічну ситуацію щодо захворюваності на ентеровірусну інфекцію, що вимагає проведення відповідних профілактичних заходів. Зважаючи на фактори передачі ентеровірусної інфекції, які здебільшого мають фекально-оральний механізм реалізації, що характерно для гострих кишкових інфекцій, успіх подолання проблеми залежить від багатьох чинників: соціальних та природних факторів, життєвого рівня, гігієнічної поведінки населення тощо.

За останні роки захворюваність населення на гострі кишкові інфекції, особливо серед дітей, є найбільш поширеною. Зростає кількість випадків гострих кишкових інфекцій з невстановленим збудником, джерелом інфікування та факторами передачі інфекції.

Рівень захворюваності на ентерити, коліти, гастроентерити та харчові токсикоінфекції, спричинені невстановленими збудниками, у 2015 р. зріс на 13,2% і становив 92,59 на 100 тис. нас. проти 81,58 у 2014 р. Найбільший показник захворюваності відмічався у 1999 р. – 96,18 на 100 тис. нас., найменший – у 2005 р. – 59,32. З 2008 р. спостерігається тенденція до зростання. Найвищі рівні захворюваності реєструвалися у Одеській, Миколаївській, Запорізькій областях (вище середнього рівня у 2–5 разів). При цьому зареєстровано різке зниження захворюваності у Донецькій, Луганській областях, на що вплинув неповний облік захворюваності у цих регіонах через проведення антитерористичної операції та окупацію територій.

Значна питома вага серед гострих кишкових інфекцій належить захворюваності на ентерити, коліти, гастроентерити та харчові токсикоінфекції, спричинені встановленими збудниками. У 2015 р. показник захворюваності практично не змінився і становив 116,89 на 100 тис. нас. проти 117,02 у 2014 р. Найвищі рівні захворюваності реєструвалися у Запорізькій, Вінницькій областях (вище середнього рівня у 2–3 рази). При цьому зареєстровано різке зниження захворюваності у Донецькій, Луганській областях, на що вплинув неповний облік захворюваності у цих регіонах через проведення АТО та окупацію територій.

На даний час найбільш актуальною проблемою є ротавірусна інфекція, зростання якої особливо відмічено останніми роками (1995 р. – 635 випадків, 2005 р. – 2970, 2015 р. – 12388). Рівень захворюваності у 2015 р. склав 27,38 на 100 тис. нас. (зменшення на 11% проти 2014 р. і збільшення у 4,5 разу проти 2005 р.). У Донецькій та Луганській областях відмічалось зниження захворюваності, на що вплинув неповний облік захворюваності у цих регіонах через проведення АТО.

Неблагополучна епідемічна ситуація спостерігалася на більшості адміністративних територій. Стабільно високі рівні захворюваності на ротавірусний ентерит серед дітей мали місце у Запорізькій (817,96 на 100 тис. нас.), Дніпропетровській і Миколаївській областях. Дані свідчать як про поширеність інфекції, так про спроможність лабораторної етіологічної розшифровки гострих кишкових інфекцій у різних регіонах.

Однією із розповсюджених хвороб кишкової групи інфекцій є сальмонельоз. Щороку в Україні реєструються високі рівні захворюваності на сальмонельозні інфекції. У 2015 р. 8350 осіб звернулося за медичною допомогою з приводу сальмонельозу, показник захворюваності становив 18,45 на 100 тис. нас. та знизився на 6,4% проти 2014 р. Середній рівень захворюваності варіював від максимального – 29,73 на 100 тис. нас. у 1995 р. до мінімального – 14,23 у 2004 р. За десятирічний період загальна захворюваність на сальмонельози знизилась, проте ще перевищує майже у 1,5 разу рівень 2004 р. Актуальність сальмонельозу зумовлена його широким розповсюдженням, частими спалахами та високим показником захворюваності серед дітей (45,44 на 100 тис. нас.).

Слід зазначити, що виявлення сальмонельозу неповне, скільки воно ґрунтується лише на даних лабораторної діагностики. Важливою сучасною особливістю захворювання на сальмонельоз є його спорадичність, яка підтримується постійним надходженням у торгівельну мережу забруднених сальмонельозом м'ясопродуктів, що не були виявлені у процесі переробки. Слід зауважити, що виділення сальмонел з об'єктів навколишнього середовища та харчових продуктів свідчить про їх широке розповсюдження і потребує чітких погоджених дій різних міністерств та відомств, об'єднання зусиль медичних та ветеринарних працівників, координації епідеміологічних і лабораторних досліджень.

Захворюваність на шигельоз характеризувалася: тенденцією до зниження за період з 1995 по 1998 рр. (з 65,56 на 100 тис. нас. до 34,52 відповідно), різким зростанням у 1999–2000 рр. (до 67,10 на 100 тис. нас.), зниженням з 2000 по 2015 рр. (з 67,10 до 2,06 на 100 тис. нас.). У 2015 р. цей показник становив 2,06 на 100 тис. нас. (знизився на 22% проти 2014 р.). Аналіз ситуації показує збереження тенденції до зниження захворюваності. Аналогічна ситуація щодо захворюваності на шигельоз і серед дитячого населення. Зниження статистичних показників захворюваності на шигельоз за минулий період 2015 р. майже в усіх регіонах свідчить про черговий епідемічний спад шигельозу в Україні. Найвищі рівні захворюваності зареєстровані у Харківській (у 3 рази вище середнього рівня по країні),

Житомирській та Чернігівській областях. При цьому має місце зростання захворюваності у Волинській – на 63%, Чернігівській – 33%, Житомирській, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Львівській, Полтавській, Черкаській областях, м. Києві.

Гострі кишкові інфекції завдають значних економічних збитків, які пов'язані з витратами на лікування хворих, їх реабілітацію, тимчасовою втратою працездатності, проведення профілактичних та протиепідемічних заходів.

Щорічно в Україні реєструються спалахи інфекційних захворювань (рис. 3.8.2).

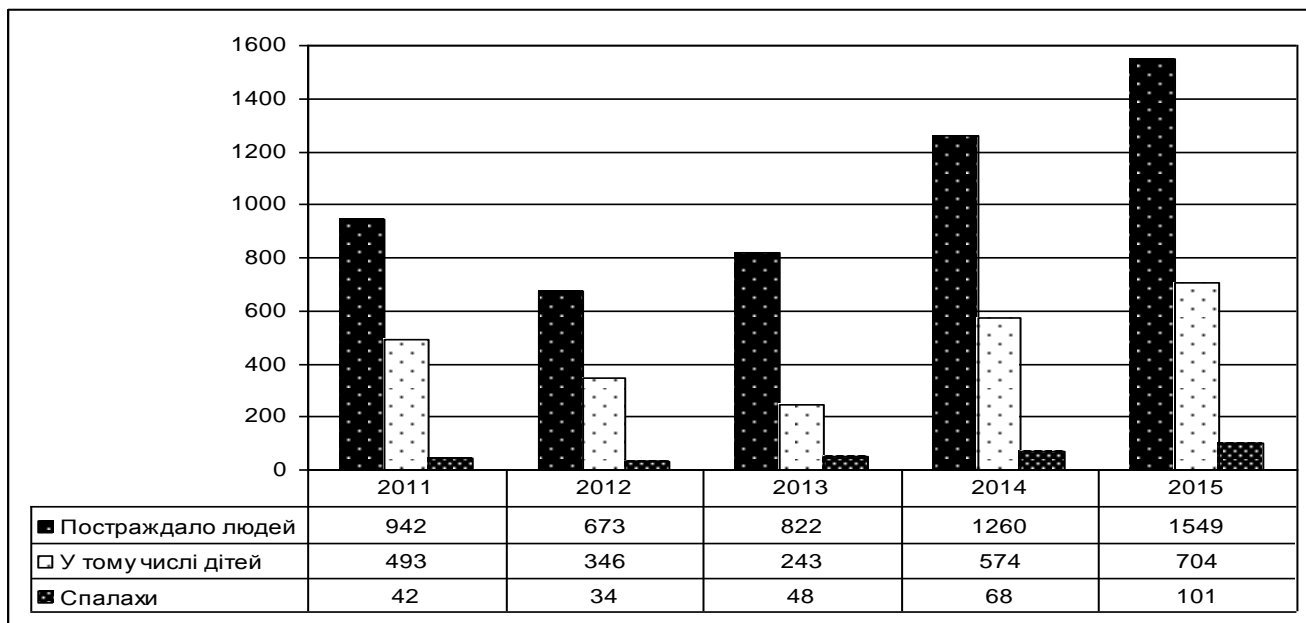


Рис. 3.8.2. Кількість спалахів інфекційних захворювань та постраждалих від них в Україні у 2011–2015 рр.

Наведені на рис. 3.8.2 дані свідчать про тенденцію до зростання кількості осіб, що постраждали внаслідок спалахів інфекційних хвороб. Слід зазначити, що на таке становище певним чином вплинуло суттєве обмеження контрольних-наглядових функцій Держсанепідслужби, у т.ч. тимчасова заборона проведення перевірок об'єктів та суб'єктів господарювання без дозволу Кабінету Міністрів України.

Згідно з наказом МОЗ України від 23.05.2002 №190, за 12 місяців 2015 р. було зареєстровано 101 спалах кишкових інфекційних захворювань, під час якого постраждало 1549 осіб, у т.ч. 704 дитини (45,4%).

За етіологічним фактором 48 спалахів викликані сальмонелами (47%), 18 – ротавірусами (18%), 8 – вірусами гепатиту А (8%) та 27 (27%) – іншими збудниками.

За місцем виникнення спалахів: у дошкільних, навчальних та оздоровчих закладах – 37 із загальною кількістю постраждалих 500 осіб, у т.ч. 392 дитини (78%); у дошкільних закладах – 24 спалахи (постраждало 278 осіб, з них 276 дітей); навчальних закладах – 11 спалахів (190 осіб, з них 85 дітей), оздоровчих закладах – 2 спалахи (32 особи, з них 31 дитина).

З об'єктами ресторанного господарства та торгівлі було пов'язано 30 спалахів із загальною кількістю хворих 466 осіб, у т.ч. 91 дитина (19,5%). Слід зазначити, що значна частина об'єктів ресторанного господарства, з якими пов'язані спалахи та групові захворювання, належать до сфери діяльності фізичних осіб-підприємців і знаходяться на спрощеній системі оподаткування.

Серед населення у побуті зареєстровано 27 спалахів, під час яких постраждало 497 осіб, з них 214 дітей.

Основний фактор передачі інфекції у 2015 р. – це харчовий та водний. Переважав харчовий фактор передачі інфекції (готові страви – 90%, кондитерські вироби – 2%). Причинами, що сприяли виникненню спалахів ГКІ в дитячих навчальних та виховних закладах, на об'єктах ресторанного господарства і торгівлі, були грубі порушення санітарного законодавства при технології приготування, зберігання страв, недотримання правил особистої гігієни особами, які брали участь у приготуванні страв; у побуті – залучення до приготування страв випадкових осіб, які не обізнані з правилами особистої гігієни, порушення технології приготування їжі, зберігання харчових продуктів без належного температурного режиму, вживання недоброякісних продуктів харчування, готових страв.

У 2015 р. зареєстровано 3 спалахи, пов'язані з водним фактором передачі (постраждало 190 осіб, з них 148 дітей). Це 1 спалах гострої кишкової інфекції (постраждало 155 осіб, з них 121 дитина) у Бортничах м. Києва, 2 спалахи ротавірусної інфекції у смт Оженіно Рівненської області та м. Золотоноша Черкаської області (постраждало 35 осіб, з них 27 дітей).

Спалахи реєструвались на 24 адмінтериторіях: Харківська, Черкаська – по 10 спалахів; Львівська – 9; м. Київ, Вінницька – по 8; Дніпропетровська – 7; Одеська, Чернігівська – по 6; Житомирська – 5; Волинська, Херсонська – по 4; Запорізька, Київська, Хмельницька – по 3; Донецька, Івано-Франківська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Тернопільська – по 2; Кіровоградська, Луганська, Миколаївська, Чернівецька області – по 1.

З метою запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, своєчасного розслідування причин виникнення спалахів, адекватного лікування осіб, що постраждали, лабораторні підрозділи санепідзакладів щорічно проводять понад 700 тис. досліджень проб харчових продуктів, питної води, об'єктів довкілля за мікробіологічними показниками.

Досить актуальною для країни залишається захворюваність на гострі вірусні гепатити. У структурі всіх інфекційних захворювань вірусні гепатити складають 1,8% у роки максимального епідемічного підйому та 0,2% у роки спаду, а без грипу та ГРЗ – відповідно 27% та 3%.

В Україні щорічно реєструється 11–15 тис. випадків вірусного гепатиту, інтенсивний показник в минулому році становив 27,43 на 100 тис. нас. (зменшився на 12,92% проти 31,40 у 2014 р.) за рахунок захворюваності на гострий вірусний гепатит А, що свідчить про достатньо високий рівень захворюваності. Динаміка та показники захворюваності на вірусний гепатит за період 2001–2015 рр. наведені на рис. 3.8.3 та 3.8.4.

У загальній кількості вірусних гепатитів питома вага вірусного гепатиту А (ВГА) становить 20%, вірусного гепатиту В (ВГВ) – 10,9%, гепатиту С – 4,7%, на долю інших, етіологічно не розшифрованих гепатитів, припадає до 1,4%, а на долю хронічних гепатитів – 63 % (близько 7,8 тис. випадків).

У 2015 р. порівняно з 2014 р. спостерігалось зниження захворюваності парентеральними гепатитами: на гострі форми ВГА – на 43,7%, ВГВ – на 10,6%; а також зростання захворюваності на гострі форми ВГС – на 6,9%, хронічних гепатитів – на 3%.

Найвищі рівні захворюваності відмічаються у Закарпатській (46,33 на 100 тис. нас.), Тернопільській (27,29) областях, м. Києві (17,90). При цьому зареєстровано різке зростання

захворюваності на гострі форми ВГА у Тернопільській, Івано-Франківській областях, м. Києві – відповідно на 96%, 79% і 54% проти 2014 р.

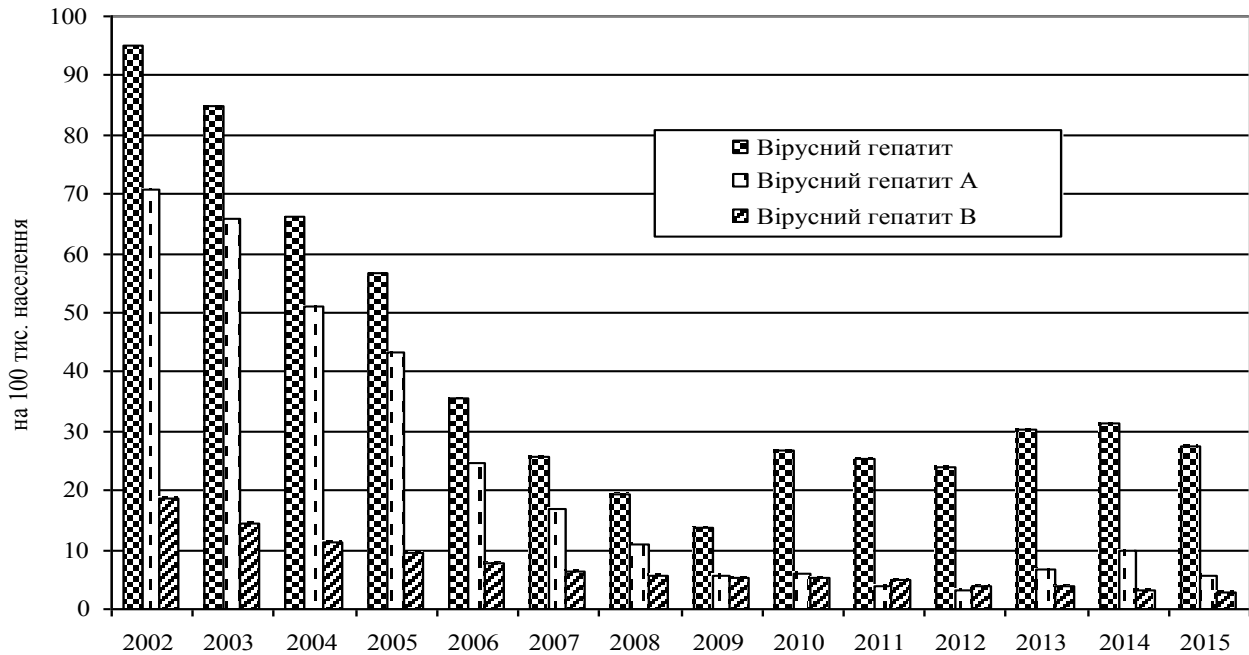


Рис. 3.8.3. Захворюваність на вірусний гепатит в Україні у 2010-2015 рр.

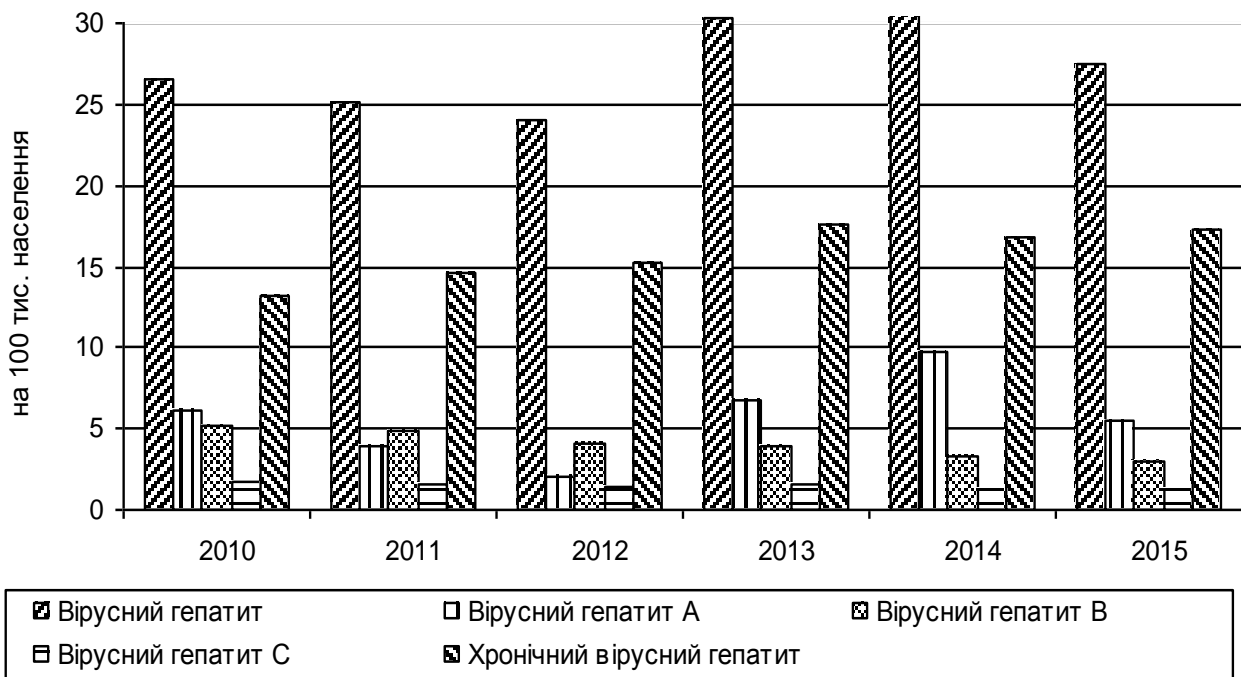


Рис. 3.8.4. Захворюваність на вірусний гепатит в Україні у 2010–2015 рр. (на 100 тис. нас.)

Рівень захворюваності на хронічні гепатити становив 17,29 на 100 тис. нас. у 2015 р. проти 16,74 у 2014 р. Серед хронічних гепатитів найбільш активного розповсюдження набуває хронічний гепатит С (76% у структурі хронічних вірусних гепатитів). У 2015 р. відмічається його зростання на 3,3% до рівня 13,22 на 100 тис. нас. (5983 випадки).

Вірусні гепатити на сьогодні є надзвичайно важливою проблемою для охорони здоров'я. У значної частини осіб хвороба набуває хронічної форми (гепатити В, С) з подальшим розвитком цирозу та раку печінки, що спричиняє значні економічні збитки, пов'язані з лікуванням та реабілітацією хворих.

За даними епідеміологічних обстежень осередків захворюваності встановлено, що 25–30% хворих на гепатити В і С могли інфікуватись внаслідок різних маніпуляцій у лікувально-профілактичних закладах, установах підприємницької діяльності (приватні стоматологічні, косметичні кабінети, перукарні, салони татуажу, пірсінгу).

Значного поширення на сучасному етапі набуває захворюваність на гострий гепатит А, що пов'язано з інтенсивним забрудненням довкілля, передусім питної води і ґрунту, порушенням санітарних норм і правил при виготовленні та реалізації харчових продуктів.

На сьогодні однією із проблем санітарно-епідемічного благополуччя залишається також внутрішньолікарняна інфекція (ВЛІ). Важливим концептуальним питанням постало питання розподілення функцій між лікувально-профілактичними закладами та територіальними органами Держсанепідслужби щодо нагляду за ВЛІ та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя в лікувально-профілактичних закладах. Відповідна робота в цьому напрямку проводиться як органами управління, так і установами охорони здоров'я.

У 2015 р. зареєстровано 5422 випадки ВЛІ проти 6592 у 2013 р., 7253 у 2012 р., 7448 у 2011 р., 6929 у 2010 р. і 3830 у 2009 р. Серед дітей до 17 років у 2015 р. зареєстровано 959 випадків (17,7%). Майже третина з них – це ускладнення внаслідок хірургічних та терапевтичних втручань, 17% – гнійно-септичні інфекції новонароджених та породіль, 52% – інші нозології.

Профілактика захворюваності на ВЛІ є невід'ємною складовою підвищення якості надання медичної допомоги пацієнтам у лікувальних закладах, де існують певні умови для їх виникнення. Це, насамперед, стосується закладів, у яких має місце незадовільний санітарно-технічний стан та низький рівень матеріально-технічного забезпечення діагностично-лікувальних відділень, у першу чергу там, де проводиться значна кількість інвазивних діагностичних чи лікувальних процедур.

Найвищі рівні захворюваності на ВЛІ у 2015 р. реєструвалися в Одеській, Київській, Дніпропетровській областях; низькі рівні – у Волинській, Івано-Франківській, Кіровоградській, Луганській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій, Чернігівській – до 20 випадків; у Закарпатській області не зареєстровано жодного випадку.

Захворюваність на ВЛІ обумовлена комплексом факторів: формування внутрішньогоспітальних штамів відбувається шляхом появи більш вірулентних і патогенних штамів, полірезистентних до дії антибіотиків та дезінфектантів. Досить актуальними питаннями на сьогодні є бактеріальне носійство серед медичних працівників, а також нераціональне застосування антибіотиків та порушення режимів дезінфекції і стерилізації.

У загальній структурі інфекційних захворювань, що зареєстровані в 2015 р., випадки захворювань на грип та ГРВІ серед населення України становлять 97%. За даними державної статистичної звітності, на грип та ГРВІ перехворіло 16,8% населення країни. У 2015 р. зареєстровано 6553809 випадків захворювань на грип та ГРВІ (сумарно) проти 6880198 у 2014 р. Показники захворюваності на 100 тис. нас. в 2015 р. становлять 16825,5 проти 15163,7 в 2014 р. (збільшення – на 10,9%), у т.ч. на грип – 42,92 на 100 тис. нас. (зростання на 40,6% – проти 30,43%). Починаючи з 2010 р., рівень захворюваності на грип та ГРВІ має

тенденцію до поступового зниження. Зниження захворюваності на ГРВІ на 3,5% мало місце і в 2015 р., зареєстровано 6534389 випадків (14 441,9 на 100 тис. нас.) проти 6773888 (14929,4 на 100 тис. населення) у 2014 р. Питома вага захворюваності серед дітей до 17 років становила 66,1%.

Найвища враженість на ГРВІ відзначається серед дітей вікової групи від 1 до 4 років (переважно неорганізовані діти) і становить 40,7% у 2015 р. проти 41,4% у 2014 р. Розподіл захворілих дітей інших вікових груп становив: 5–9 років – 26,9%; 10–14 років – 20,3%; 15–17 років – 12,1%.

Найвищий рівень захворюваності на ГРВІ спостерігався у Київській області (28733,9 на 100 тис. нас.), що майже вдвічі перевищує середній показник по Україні (14441,9 на 100 тис. нас.). Відмічалось перевищення середньої захворюваності по м. Києву на 75,2%; у Запорізькій – на 43,7%, Дніпропетровській – на 41,3%, Вінницькій – на 28,2% та Чернігівській – на 30,9% областях.

Порівняно з минулим роком відмічається збільшення рівня захворюваності на грип на 40,6% (42,9 на 100 тис. нас. проти 30,4 у 2014 р.). Усього зареєстровано 19 420 випадків грипу проти 13 808 у 2014 р. Питома вага захворілих на грип становить 0,3% від загальної кількості хворих на грип та ГРВІ, у 2014 р. – 0,2%.

Збільшився рівень захворюваності на грип серед дитячого населення на 46,5% (з 122,7 на 100 тис. нас. у 2015 р. проти 83,6 у 2014 р.). Питома вага захворюваності на грип серед дітей становить 50,6% від загальної кількості хворих на грип (у 2014 р. – 49,5%). Найвищий рівень захворюваності на грип відмічався у Житомирській області (285,7 на 100 тис. нас.), що перевищує у 6,6 разу середній показник по Україні (42,9 на 100 тис. нас.). Значне перевищення середнього рівня захворюваності на грип відмічалось у Рівненській – у 5,2 разу, Львівській – у 2,9 разу, Чернігівській – у 2,2 разу областях.

Найвища захворюваність на грип має місце серед дітей вікової групи 5–9 років – 30,9%. Розподіл захворілих дітей інших вікових груп: 0–4 роки (20,7%); 10–14 (29,8%); 15–17 (18,6%).

Епідемія туберкульозу в нашій державі за критеріями ВООЗ оголошена з 1995 року. Реєструється зниження захворюваності на активний туберкульоз органів дихання з 2006 р. – з 73,5 на 100 тис. нас. до 48,84 у 2015 р. проти 51,81 у 2014 р. (зниження на 6% по відношенню до 2014 р.). До 2006 р. рівень захворюваності збільшувався (зростання майже у 2 рази – з 38,7 на 100 тис. нас. у 1995 р. до 73,55 у 2006 р.) і був найвищим показником захворюваності за останні 20 років.

У 2015 р. відмічалось зниження рівня захворюваності у переважній більшості регіонів (20). При цьому зареєстровано різке зниження захворюваності у Донецькій і Луганській областях (на що вплинув неповний облік захворюваності у цих регіонах через проведення АТО та окупацію територій: у Луганській – на 60%, Донецькій – на 51%), а також у Тернопільській області – на 15%. Водночас було зареєстровано зростання показників захворюваності на туберкульоз в Одеській (на 15%), Київській, Сумській, Харківській, Херсонській, Закарпатській, Чернігівській областях та м. Києві (від 5% до 2%).

З 2012 р. в Україні діє Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки, затверджена Законом України від 16.10.2012 №5451-VI. Метою Програми є поліпшення епідемічної ситуації у напрямку зменшення кількості хворих на туберкульоз, зниження рівня захворюваності та смертності



від нього, ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекція), темпів поширення мультирезистентного туберкульозу шляхом реалізації державної політики, що ґрунтується на принципах забезпечення загального та рівного доступу населення до високоякісних послуг з профілактики, діагностики і лікування туберкульозу.

Залишається актуальною проблема боротьби із зооантропонозними, природньовогнищевими інфекціями та їх профілактики.

Має місце нестійка епідемічна ситуація з лептоспірозу, відмічається активізація природних та антропоургічних вогнищ.

Протягом 1995–2015 рр. рівень захворюваності лептоспірозом коливалася від 0,60 на 100 тис. нас. у 2011 р. до 3,17 у 1998 р. Проте в останні чотири роки при рівні захворюваності 0,60 на 100 тис. нас. у 2011 р., 0,69 у 2012 р., 0,84 у 2013 р. та 1,08 у 2014 р. мало місце зростання показника захворюваності, але у 2015 р. знову відбулося зниження до 0,66 на 100 тис. нас., при цьому загальна довгострокова тенденція до зниження все ж залишається.

Поодинокі випадки захворювання на лептоспіроз у 2015 р. реєструвалися у 12 областях. Не зареєстровано жодного випадку у Луганській області. Більш високі показники зареєстровані у Херсонській – 2,71 на 100 тис. нас. (29 випадків), Чернігівській – 2,46 (26 випадків), Хмельницькій – 2,07 (27 випадків), Київській – 1,69 (29 випадків) областях. Збільшення рівня захворюваності зареєстровано у 7-и областях. Вкрай низькі показники захворюваності, як і раніше (що може свідчити про недостатню насторогу у медпрацівників до цього тяжкого захворювання та незадовільну діагностику), мали місце у Полтавській (4 випадки), Одеській (3), Харківській і Житомирській (по 2), Донецькій (1) областях. Захворюваність серед дітей зменшилася на 16 випадків і склала 0,12 на 100 тис. нас. (10 випадків).

Основною причиною захворюваності на лептоспіроз є зменшення проведення дератизаційних заходів. Через недостатнє виділення коштів практично призупинено проведення весняної та осінньої суцільної дератизації на всій території України.

За період 1995–2012 рр. на території України було зареєстровано 83 випадки захворювань людей на сибірку, з них 1 випадок у 2008 р. та 1 випадок у 2012 р. (при нульовій захворюваності за 2005–2007 рр. і 2009–2011 рр. та 2013–2015 рр.). Найбільш неблагополучною була ситуація в 1997 р. (зареєстровано 38 випадків) та в 1999 р. (14 випадків). Основними причинами виникнення захворювання у людей були грубі порушення ветеринарно-санітарних правил утримання, забою тварин та реалізації м'ясної продукції без відповідної санітарно-ветеринарної експертизи.

Захворюваність на туляремію у 2015 р. становила 0,002 (1 випадок у Волинській області), у 2014 р. – 0,002 (1 випадок у Черкаській області), у 2013 р. – 0,004 (2 випадки), у 2012 р. – 0,01 (3 випадки), у 2011 р. – 0,017 на 100 тис. нас. (8 випадків). Найбільший рівень захворюваності був у 2005 р. – 0,048 (23 випадки). Поодинокі випадки захворювання мали місце серед населення, яке проживає на територіях з природними вогнищами туляремії, переважно серед осіб, які не були щеплені проти цієї інфекції.

У зв'язку з відсутністю вітчизняного виробництва туляремійної вакцини, щеплення населення практично припинено, що веде до зниження імунного прошарку і створює реальну загрозу виникнення епідемічних ускладнень.

Останніми роками залишається вкрай неблагополучною епізоотична ситуація щодо сказу. Основними резервуарами сказу у дикій природі залишаються червоні лиси, в населених пунктах – коти та собаки. Ризик захворювання людей на сказ ускладнюється тим, що щорічно за медичною допомогою в зв'язку з нападами тварин звертається 100–120 тис. нас., а з них тільки більше 20 тис. щепляться проти сказу. Більшість нападів тварин пов'язана з порушенням власниками правил їх утримання, значна частина людей (до 24%) укушені безпритульними тваринами. Ускладнює ситуацію незадовільне вирішення проблеми регулювання чисельності диких хижих тварин, внаслідок чого чисельність лисиць у більшості регіонів значно перевищує епізоотичний поріг (1,0 голова на 1000 га), безпритульних тварин, а також досить повільні темпи імунізації пероральними вакцинами диких хижих тварин.

За період з 1995 по 2015 рр. в Україні зареєстровано 51 випадок захворювань на сказ. У 2015 р. зареєстровано 6 випадків (Дніпропетровська, Донецька, Одеська, Харківська області). Рівень захворюваності на сказ становив 0,013 на 100 тис. нас. проти 0,012 (4 випадки) у 2014 р., у 2013 р. – 0,01 (3 випадки), у 2011 р. – 0,013 (6 випадків), у 2010 р. – 0,007 (3 випадки), у 2009 р. – 0,004 (1 випадок), у 2008 р. – 0,004 (2 випадки), у 2007 р. – 0,015 (7 випадків). При цьому у 2012 р. не було зареєстровано жодного випадку.

Залишається вкрай незадовільним забезпечення медичних закладів імунодіагностичними та імунопрофілактичними препаратами, зокрема, як зазначено вище, особливу тривогу викликає відсутність антирабічного імуноглобуліну та не завжди своєчасні поставки антирабічної вакцини.

У 2013–2015 рр. не було зареєстровано жодного випадку захворювань на орнітоз, проте у 2012 р. цей показник склав 0,007 на 100 тис. нас. проти 0,015 у 2011 році.

У країні щорічно на об'єктах довкілля при епідмоніторингу виявляються нетоксигенні штами холерних вібріонів, у т.ч. 01 серогрупи. Зокрема у 2014 р. при дослідженні 17504 проб з об'єктів довкілля виділено 15 культур холерних вібріонів Ель-Тор (0,09%), всі нетоксигенні. Крім того, при дослідженні проб прісної води з водойм у 2673 пробах (15,3%) виявлено НАГ-вібріони.

Епідемічна ситуація з паразитарних хвороб в Україні залишається нестійкою. Щорічно виявляється 33 нозології паразитозів та реєструється до 250 тисяч нових випадків, насторожує різке зниження кількості обстежень населення на паразитози, що не відображає істинної інвазованості та сприяє появі можливих спалахів. Ускладнення ситуації в світі, у т.ч. в країнах СНД, з малярії, інших протозоозів, біогельмінтозів потребує посилення санепіднагляду за водними, харчовими, комунальними об'єктами.

Останнім часом особливу увагу привертають трансмісивні паразитарні хвороби: малярія, дирофіляріоз, лейшманіоз.

У 2015 р. в Україну було завезено 51 випадок малярії (16 адміністративних територій) проти 48 випадків у 2014 р. (12 адміністративних територій) і 80 випадків (у т.ч. 4 летальні) у 2013 р. (22 адміністративні території). За оперативними даними, станом на 31.12.2015 р. в Україні зареєстровано по 1 випадку – у 6 регіонах (Вінницька, Запорізька, Миколаївська, Херсонська, Чернівецька, Чернігівська області); по 2 – у Житомирській, Кіровоградській, Сумській областях, по 3 – у Харківській, Черкаській; по 5 – у Дніпропетровській, Київській, Львівській областях; у Одеській – 10; м. Києві – 8.

У 2015 р. зареєстровано 12560 випадків лямбліозу проти 13559 за аналогічний період 2014 р., захворюваність складала 27,76 на 100 тис. нас. (2014 р. – 29,88), що на 7,4% менше.

У регіонах відповідні показники коливались у межах від 1,21 на 100 тис. нас. (Луганська обл.) до 143,12 (Рівненська обл.). Збільшилися показники захворюваності у Львівській (на 40%), Вінницькій (17,9%), Рівненській (15,3%), Сумській, Київській, Волинській областях та м. Києві – більше, ніж на 6%. Перевищення середнього показника у 1,5 і більше разів спостерігалось у Рівненській області (143,12 на 100 тис. нас.), Житомирській (83,43), Чернігівській (77,39), Сумській (63,14), Одеській (53,45), Івано-Франківській (47,99), Миколаївській (45,73) областях та м. Києві (44,17).

Рівень захворюваності серед дітей до 17 років у 2015 р. склав 101,89 на 100 тис. нас. (8161 випадок) проти 105,14 (8401 випадок) у 2014 р., що менше на 2,9%. У віковому розподілі найбільшого розповсюдження лямбліоз набув серед дітей 5–9 років – 145,32, 1–4 років – 102,94 та 10–14 років – 101,50 на 100 тис. населення.

У 2015 р. зареєстровано 22 випадки криптоспоридіозу (0,05 на 100 тис. нас.) проти 20 (0,04) у минулому році, у т.ч. серед дітей віком до 17 років – 10 випадків (0,12 на 100 тис. нас.) проти 11 (0,14) у минулому році, тобто на 1 випадок менше.

Напружує епідситуацію з паразитарних хвороб відсутність вітчизняних протималарійних, імунодіagnostичних препаратів та дезінсектантів, незадовільне забезпечення протипаразитарними імпорнтними препаратами, а також сприятливі клімато-географічні, екологічні, біологічні умови для циркуляції збудників паразитозів на території України, припинення масової дегельмінтизації населення з 1992 р. та, фактично, ліквідація паразитологічної ланки Держсанепідслужби, перш за все ентомологів та паразитологів.

Таким чином, для успішного вирішення проблеми комплексної охорони і оздоровлення навколишнього середовища від збудників паразитозів, підвищення ефективності заходів щодо профілактики паразитарних хвороб і боротьби з ними, передусім в частині швидкого реагування на появу нових особливо небезпечних паразитозів, необхідно й надалі проводити динамічний якісний санітарно-паразитологічний моніторинг за епідемічно важливими об'єктами довкілля, виявленню джерел і шляхів забруднення.

Міністерством охорони здоров'я України і Держсанепідслужбою протягом 2015 року організовувалися та здійснювалися профілактичні заходи щодо попередження епідемічних ускладнень з найбільш поширених інфекційних захворювань людей з урахуванням сезонних та регіональних особливостей.

З метою запобігання заносу та розповсюдженню карантинних та інших особливо небезпечних захворювань через державний кордон України функціонують санітарно-карантинні підрозділи, які здійснюють проведення медичного (санітарного) огляду пасажирів, транспортних засобів, багажу, вантажів. Їх діяльність регламентується відповідними нормативно-правовими актами.

В Україні проводиться комплекс заходів з профілактики холери, зокрема здійснюється державний санітарно-епідеміологічний нагляд за санітарним станом населених пунктів, об'єктами водопостачання, харчування, ринками, лікувально-профілактичними та оздоровчими закладами тощо. Вживаються відповідні заходи як на державному, так і регіональному та місцевих рівнях щодо готовності до роботи в умовах епідускладнень з холери всіх медичних закладів, створення запасу необхідних лікувальних, діагностичних, дезінфекційних засобів та поживних середовищ для проведення лабораторних досліджень.

Рішеннями комісій з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій при обласних, районних, міських державних адміністраціях регіонів (далі – комісії

ТЕБ і НС) затверджені плани заходів щодо попередження виникнення епідемічних ускладнень із захворюваності на грип, ГРВІ та інші інфекції. На засіданнях комісій ТЕБ і НС, за необхідності, заслуховувалися питання щодо стану захворюваності населення на грип, ГРВІ та інші інфекції, а також виділення коштів на проведення вакцинації. Проводилися засідання колегій Держсанепідслужби як на центральному рівні, так і в регіонах.

На адміністративних територіях областей переглянуто плани перепрофілювання госпітальних баз закладів охорони здоров'я, проведено корегування ліжкового фонду, що підлягає перепрофілюванню на випадок епідемічних ускладнень. Визначені пріоритети та розроблені заходи системи охорони здоров'я для кожної стадії епідемії грипу, включаючи систему сортування хворих, надання екстреної допомоги, розподілу ресурсів тощо.

З метою стандартизації вірусологічних досліджень та враховуючи рекомендації Центру контролю за хворобами CDC (Атланта, США), лабораторії Держсанепідслужби використовують культуру клітин МДСК для виділення вірусів грипу типів А та В. Лабораторія вірусології та СНІДу державного закладу «Український центр з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України» має в своєму банку зазначену культуру клітин та за заявками областей забезпечує вірусологічні лабораторії обласних та міських лабораторних центрів.

У регіонах виконуються програми з профілактики ВЛІ з 2007 р., а також положення Концепції державної цільової програми профілактики внутрішньолікарняних інфекцій на період до 2015 року, в які включені заходи щодо поліпшення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я. Це, насамперед, придбання дезінфекційного та стерилізаційного обладнання, забезпечення інфекційних стаціонарів локальними очисними спорудами, розвиток мережі бактеріологічних лабораторій (бактеріологічних відділень клініко-діагностичних лабораторій), придбання дезінфекційних засобів нового покоління. Для об'єктивної оцінки санепідситуації проводиться постійний мікробіологічний моніторинг за епідемічно значущими об'єктами внутрішнього середовища стаціонарів тощо.

Першочерговими вимогами щодо заходів профілактики ВЛІ залишаються: дотримання санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму в закладах охорони здоров'я з використанням сучасних засобів та технологій дезінфекції, стерилізації; раціональне застосування антибіотиків із визначенням чутливості збудників, при лікуванні різноманітних запальних та септичних станів. Актуальними питаннями на сьогодні є формування професійної свідомості медичних працівників щодо дотримання особистої і загальної гігієни на робочому місці, своєчасна санація бактеріоносійства у медичного персоналу, покращення медичного обслуговування та обстеження хворих, які довгостроково перебувають на стаціонарному лікуванні тощо.

Щодо ефективності контролю за ВЛІ, то за розрахунками американських спеціалістів з інфекційного контролю, лікарня на 250 ліжок здатна повернути кошти, що витрачаються на проведення заходів з епіднагляду за ВЛІ, за умови зниження їх рівня на 6%.

За оцінками експертів, здоров'ю кожного десятого пацієнта заподіюється шкода під час його перебування у лікарні. Показник ВЛІ в світі становить від 5% до 15% (серед госпітальних пацієнтів). У дорослих пацієнтів найвищий рівень ВЛІ спостерігається серед породіль і хворих в хірургічних стаціонарах.

Фахівцями Держсанепідслужби здійснюється контроль за виконанням вимог санітарного законодавства щодо будівництва, реконструкції та функціонування лікувально-профілактичних закладів (далі – ЛПЗ) на підставі вимог ДСанПіН «Санітарно-

протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу», ДСанПіН «Гігієнічні вимоги до розміщення, облаштування, обладнання та експлуатації перинатальних центрів» тощо.

Держсанепіднагляд у 2015 р. здійснювався за 30521 лікувально-профілактичним закладом (у 2014 р. – 30412, у 2013 р. – 35215, у 2012 р. – 38071, у 2011 р. – 37582), з яких майже 15,6% обстежено за новими правилами організації нагляду (контролю) за об'єктами з урахуванням критеріїв ризику.

Протягом 2015 р. обстежено із застосуванням лабораторних та інструментальних методів дослідження 4773 (25%) лікувально-профілактичні заклади проти 25% у 2014 р. та 32% у 2013 р. Знаходяться в незадовільному санітарно-технічному стані 285 (6,0%) лікувально-профілактичних закладів проти 2,6% у 2014 р. та 3,0% у 2013 р.

Протягом року проводилися комплексні перевірки спеціалістами територіальних Головних управлінь Держсанепідслужби. Неодноразово заслуховувались проблемні питання щодо стану та матеріально-технічного забезпечення ЛПЗ та організації в них профілактичної роботи на засіданнях колегій департаментів (управлінь) охорони здоров'я облдержадміністрацій, міськрайдержадміністрацій, на засіданнях комісій ТЕБ і НС.

За результатами проведених заходів у ході держсанепіднагляду за лікувально-профілактичними закладами відмічається покращання їх санітарно-гігієнічного стану, забезпеченості обладнанням, твердим та м'яким інвентарем, миючими та дезінфікуючими засобами, покращання санітарно-гігієнічного стану та надання медичної допомоги у лікувальних закладах сільської місцевості. При цьому збільшився обсяг обстеження закладів із застосуванням лабораторних та інструментальних обстежень.

Основними проблемними питаннями залишаються: проведення капітальних та поточних ремонтів будівель лікувально-профілактичних закладів, переміщення закладів, які знаходяться у аварійних будівлях, що не підлягають ремонту; очищення та знезараження стічних вод інфекційних лікарень (відділень); утилізація специфічних патологоанатомічних і післяопераційних відходів. У сільській місцевості лікувально-профілактичні заклади не забезпечені централізованими інженерними мережами (водопостачання, каналізування, опалення), у т.ч. через відключення електропостачання та відсутність палива; незадовільний стан матеріального забезпечення більшості закладів, особливо дільничних лікарень та фельдшерсько-акушерських пунктів.

Найавне в лікувально-профілактичних закладах дезінфекційне і стерилізаційне обладнання здебільшого зношене, технічно застаріле, тому часто виходить з ладу. Це не дозволяє належним чином забезпечити необхідний режим дезінфекції і стерилізації виробів медичного призначення та зумовлює ризик виникнення ВЛІ.

Щорічно у містах і селищах України проводяться місячники благоустрою із залученням громадськості, зустрічі «За круглим столом», проведення заходів «Чисте повітря», «День охорони довкілля», «Чиста Україна – чиста земля», «Жива вода», «Зелена весна». Фахівцями Держсанепідслужби під час перевірок промпідприємств, установ та організацій, об'єктів підвищеного епідризику, нагляду за санітарним станом територій населених пунктів проводяться лекції та бесіди з актуальних проблем щодо охорони навколишнього середовища.

Гігієнічною підготовкою охоплено 91,7% працівників харчопереробної промисловості, громадського харчування і торгівлі, житлово-комунального господарства,

дошкільних закладів тощо (377 тис. із 411 тис. осіб), з них 93,5% – працівники, які постійно працюють з отрутохімікатами (у 2015 р. їх нараховувалося 13612 осіб).

Аналіз відповідної статистики засвідчує, що нежиття сучасних дієвих механізмів здійснення контролю за реалізацією державної політики у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, відсутність належного нагляду за дотриманням вимог санітарного законодавства безпосередньо на об'єктах та у відомчих організаціях призводить до вкрай негативного результату. Також негативно впливають на забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя необґрунтовані, непродумані зміни в законодавстві, які суттєво обмежують контрольно-наглядові функції, послаблюють законодавчі й нормативно-правові повноваження Держсанепідслужби. Як приклад, тимчасова заборона проведення планових та позапланових перевірок органів влади та місцевого самоврядування, об'єктів та суб'єктів господарювання без дозволу Кабінету Міністрів України.

Фахівцями Держсанепідслужби постійно проводиться санітарно-просвітня та роз'яснювальна робота серед населення з питань профілактики гострих кишкових інфекційних хвороб, харчових отруєнь, необхідності дотримання правил особистої гігієни в надзвичайних умовах перебування. З найбільш актуальних питань проводиться цілеспрямована санітарно-просвітня та роз'яснювальна робота серед населення, у т.ч. із застосуванням засобів масової інформації, проведення прес-конференції за участі керівництва та провідних фахівців. Особливо зазначеним питанням приділяється увага у весняно-літній період року.

Держсанепідслужба постійно співпрацює із органами місцевого самоврядування, державними адміністраціями та громадськістю.

За 12 місяців 2015 р. за відповідною тематикою проведено 5248 виступів на радіо та 1971 на телебаченні, підготовлено та опубліковано 8283 публікації у пресі, проведено 93,5 тис. лекцій, 444 прес-конференції, 959 засідань круглих столів, 108 брифінгів, підготовлено 3742 прес-релізи та 29274 санбюлетені. Із них: стосовно профілактики інфекційних захворювань проведено 2768 виступів на радіо та 1112 на телебаченні, підготовлено та опубліковано 4693 матеріали у пресі, проведено 32,9 тис. лекцій, 181 прес-конференцію, 431 засідання круглих столів, 34 брифінги, підготовлено 2814 прес-релізів та 18813 санбюлетенів; у т.ч. з профілактики гострих кишкових інфекцій та харчових отруєнь – відповідно 1007, 351, 1470 і 15 тис., 59, 141 і 17, 631 і 5389; щодо профілактики отруєнь грибами – 336, 67, 400 і 2152, 12, 9 і 3, 321 і 851; по боротьбі з тютюнопалінням – 97, 11, 73 і 1826, 9, 25 і 0, 10 і 619; з профілактики йодзалежних захворювань – 72, 96 і 754, 1, 36 і 2, 12 і 261; попередження виникнення водно-нітратної метгемоглобінемії у дітей – 98, 21, 169 і 2211, 13, 9 і 1, 45 і 441; щодо стану пляжів – 65, 106, 144 і 405, 7, 10 і 0, 18 і 66; щодо питного водопостачання – 169, 103, 301 і 1655, 7, 43 і 14, 33 і 628; щодо ситуації в місцях організованого відпочинку, масового перебування населення, надзвичайних умовах – 380, 78, 155 і 1041, 12, 41 і 14, 35 і 262.

З метою інформування громадськості з питань діяльності Держсанепідслужби на офіційному сайті МОЗ і Держсанепідслужби розміщується оперативна інформація щодо стану інфекційної та неінфекційної захворюваності, основні документи щодо діяльності служби, проекти регуляторних актів, переліки небезпечних факторів та дезінфекційних засобів, про екологічний стан (атмосферного повітря, ґрунту та водойм, фізичних факторів тощо). Започатковано видавництво журналу «СЕС – профілактична медицина», «Санітарний лікар України».

## 4. ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

### 4.1. Аналіз мережі закладів охорони здоров'я та основних показників їх діяльності

Мережа системи охорони здоров'я – це структура медичних закладів із відповідними матеріальними, фінансовими, трудовими та інформаційними ресурсами.

Стан мережі охорони здоров'я формується кількістю медичних закладів у цілому й за окремими видами; профільною та територіальною структурою закладів; обсягом ресурсів та їх розподілом у мережі, їх структурою, станом, рухом та ефективністю використання.

Діяльність мережі охорони здоров'я залежить від господарської діяльності; забезпеченості населення медичними послугами; доступності та якості медичних послуг.

Залежно від форми власності, організаційно-правової форми та виду медичної допомоги, що надається закладом, заклади охорони здоров'я мають певний визначений поділ. Так, залежно від форми власності, заклади охорони здоров'я створюються як державні, комунальні, приватні. За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я можуть бути створені як бюджетні установи, державні та комунальні некомерційні підприємства, господарські товариства, приватні підприємства, відокремлені підрозділи юридичних осіб, об'єднання підприємств тощо.

Залежно від виду надаваної медичної допомоги заклади охорони здоров'я поділяються на:

1) заклади охорони здоров'я із забезпечення надання первинної медичної допомоги, до яких належать центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, що забезпечують надання первинної медичної допомоги населенню в амбулаторних умовах. До складу зазначених центрів можуть входити амбулаторії та медичні пункти як структурні та відокремлені структурні підрозділи;

2) заклади охорони здоров'я із забезпечення стаціонарної та/або амбулаторної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, до яких належать:

– багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування – заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дорослим і дітям у гострому стані захворювання або із хронічними захворюваннями, що потребують інтенсивного лікування, з обов'язковою наявністю відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги;

– багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування – заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дітям у гострому стані захворювання або з хронічними захворюваннями, що потребують інтенсивного лікування, з обов'язковою наявністю відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги;

– лікарня планового лікування – заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання дорослому населенню планової спеціалізованої консультативної та стаціонарної медичної допомоги, що не потребує інтенсивного лікування;

– дитяча лікарня планового лікування – заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання дитячому населенню планової спеціалізованої консультативної та стаціонарної медичної допомоги, що не потребує інтенсивного лікування;

– консультативно-діагностичний центр – заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання консультативно-діагностичної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги населенню і створюється у складі багатoproфільної лікарні інтенсивного лікування або як окрема юридична особа;

– спеціалізований медичний центр (спеціалізована лікарня) – заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги за одним профілем;

3) заклади охорони здоров'я із забезпечення третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, до яких належать:

– багатoproфільна обласна (центральна міська для м. Києва та Севастополя) лікарня (у т.ч. клінічна лікарня) – заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару або амбулаторних умовах дорослим хворим у гострому стані або з хронічними захворюваннями, що потребують високоспеціалізованого медичного втручання, з обов'язковою наявністю відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги;

– багатoproфільна обласна (центральна міська для м. Києва та Севастополя) дитяча лікарня (у т.ч. клінічна лікарня) – заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару або амбулаторних умовах хворим дітям у гострому стані або з хронічними захворюваннями, які потребують високоспеціалізованого медичного втручання, з обов'язковою наявністю відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги;

– високоспеціалізований медичний центр (лікарня) – заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги за одним профілем;

4) заклади охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги, що діють відповідно до положень, визначених законом;

5) хоспіси – заклади охорони здоров'я, що забезпечують надання паліативної допомоги пацієнтам з невиліковно прогресуючим захворюванням та психологічної, соціальної і духовної підтримки пацієнтам та членам його родини;

6) заклади охорони здоров'я з медичної реабілітації, до яких належать лікарні відновного (реабілітаційного) лікування – заклади охорони здоров'я, що забезпечують надання планової реабілітаційної допомоги населенню в умовах стаціонару, зокрема денного.

Надавати медичну допомогу або здійснювати інші види господарської діяльності можуть також інші заклади охорони здоров'я відповідно до їх профілю та спеціалізації, що зазначені у переліку закладів охорони здоров'я, затвердженому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, у т.ч. клінічні лікарні, університетські клініки, університетські лікарні, аптеки, а також заклади, що здійснюють організацію і регулювання діяльності установ та окремі програми і заходи в системі охорони здоров'я.

Діяльність закладів охорони здоров'я у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення регулюється Законом України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення».



Діяльність закладів охорони здоров'я Міністерства оборони України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань та правоохоронних органів спеціального призначення, які перебувають у сфері їх управління, що обслуговують військовослужбовців та інші категорії осіб здійснюється відповідно до законодавства України.

*Аналіз діяльності закладів охорони здоров'я та якості медичної допомоги* вимагає вивчення її ресурсів у контексті її основної діяльності. Це зумовлює необхідність аналізу діяльності закладів охорони здоров'я та якості медичної допомоги.

Особливо те, що система показників, яка розглядається нижче, не тільки займає значне місце в медичній статистиці, але й має велику соціальну значущість. Вона характеризує забезпеченість населення медичними послугами, їх доступність і якість. Врешті це означає рівень людського розвитку суспільства.

Головним методологічним завданням є вибір системи показників та принципу їх узагальнення, тобто одержання певних комплексних оцінок. Система показників може визначатися на основі затверджених форм облікової та звітної документації, наприклад талону амбулаторного пацієнта, медичної картки стаціонарного хворого, звіту лікувально-профілактичного закладу тощо.

Аналіз діяльності закладів охорони здоров'я проводиться диференційовано: як у розрізі окремих видів медичних закладів (амбулаторно-поліклінічних, стаціонарів, диспансерів, санітарно-епідеміологічних та ін.); так і у розрізі окремих служб або профілів (онкологічної, терапевтичної тощо).

Медична допомога населенню України у 2015 р. надавалась 1457 лікарняними закладами різних типів (табл. 4.1.1) з числом ліжок 278753, зокрема: 24 обласними, 327 міськими лікарнями, 446 центральними районними та 91 районною лікарнею; спеціалізовану допомогу надавали 111 лікарень. Дитяче населення одержувало допомогу у 27 обласних та 327 міських дитячих лікарнях.

Таблиця 4.1.1

**Лікарняні заклади в Україні у 2015 р.**

Тип закладу	Кількість
Обласні лікарні	24
Дитячі обласні лікарні	27
Міські лікарні	327
Дитячі міські лікарні	60
Міські лікарні швидкої допомоги	13
Госпіталі ІВ	29
Усі спеціалізовані лікарні	111
Інфекційні лікарні для дорослих	20
Інфекційні лікарні для дітей	4
Туберкульозні лікарні для дорослих	33
Туберкульозні лікарні для дітей	2
Офтальмологічні лікарні	3
Лікарні відновного лікування	10
Центри боротьби зі СНІДом	8
Інші лікарні	31
ЦРЛ	446
РЛ	91
Дільничні лікарні	53
Пологові будинки	74
Клініки НДІ	13

Лепрозорії	1
Психіатричні лікарні	62
Наркологічні	3
Лікарня «Хоспіс»	7
Госпрозрахункові лікарняні заклади	1
Інші лікарняні заклади	4
Усього	1457

Серед міських, обласних, ЦРЛ, РЛ, дитячих міських лікарень, дільничних лікарень та пологових будинків розподіл кількості ліжок поданий у табл. 4.1.2. До 25 ліжок включно мали всього 76 лікувальних закладів, серед яких найбільше було дільничних лікарень (48), 26 міських лікарень і 1 дитяча міська лікарня. Від 26 до 50 ліжок нараховували 56 закладів, з яких міських лікарень було найбільше – 42, потім за убунням йшли дитячі міські лікарні (6), дільничні лікарні (5) і ЦРЛ (3).

Кількість ліжок 51–99 мали 92 лікувальних заклади, з яких найбільше ліжок припадало на ЦРЛ (36) і міські лікарні (35), сюди ж увійшли 12 дитячих міських лікарень та 8 пологових будинків. Від 100 до 300 ліжок мав 591 лікувальний заклад, розподіл за кількістю був таким: 358 ЦРЛ, 131 міська лікарня, 65 пологових будинків, 36 дитячих міських лікарень і 1 обласна лікарня. Від 301 до 500 ліжок нараховували 117 лікувальних закладів: 68 міських лікарень, 45 ЦРЛ, 3 дитячі міські лікарні та 1 пологовий будинок. Від 501 до 999 ліжок мав 51 лікувальний заклад, з яких міські лікарні (25), обласні лікарні (20), ЦРЛ (4) і 2 дитячі міські лікарні. У 2015 р. 1000 і більше ліжок мали всього 3 обласні лікарні.

У 2015 р. первинну медичну допомогу в Україні надавали 99 поліклінік з числом відвідувань в поліклініці 34975562, до яких віднесено 4 студентські поліклініки із числом відвідувань у закладі 1511770. Первинну допомогу надавали 465 амбулаторій із числом відвідувань у закладі 3549434, у т.ч. 442 сільські із числом відвідувань 3150799. Дитячому населенню надавали первинну медичну допомогу 29 дитячих поліклінік із числом відвідувань у закладі 7458935. До 11 госпрозрахункових поліклінічних амбулаторій було здійснено 650042 відвідування. У 2015 р. в Україні працювали 9 медико-діагностичних центрів із числом відвідувань у центрах 803590, 1 КДЦ для дітей з числом відвідувань за рік 61550. До 17 Центрів СНІДу було здійснено 317005 відвідувань.

Таблиця 4.1.2

**Розподіл лікарняних закладів за кількістю ліжок по Україні у 2015 р.**

Тип закладу	Кількість ліжок (всього по Україні)
до 25 (включно)	
Міські лікарні	26
Обласні лікарні	0
Дитячі міські лікарні	1
ЦРЛ	0
Дільничні лікарні	48
Пологові будинки	0
26–50	
Міські лікарні	42
Обласні лікарні	0
Дитячі міські лікарні	6
ЦРЛ	3
Дільничні лікарні	5
Пологові будинки	0

51–99	
Міські лікарні	35
Обласні лікарні	0
Дитячі міські лікарні	12
ЦРЛ	36
Дільничні лікарні	0
Пологові будинки	8
100–300	
Міські лікарні	131
Обласні лікарні	1
Дитячі міські лікарні	36
ЦРЛ	358
Дільничні лікарні	0
Пологові будинки	65
301–500	
Міські лікарні	68
Обласні лікарні	0
Дитячі міські лікарні	3
ЦРЛ	45
Дільничні лікарні	0
Пологові будинки	1
501–999	
Міські лікарні	25
Обласні лікарні	20
Дитячі міські лікарні	2
ЦРЛ	4
Дільничні лікарні	0
Пологові будинки	0
1000 і більше	
Міські лікарні	0
Обласні лікарні	3
Дитячі міські лікарні	0
ЦРЛ	0
Дільничні лікарні	0
Пологові будинки	0

Отже, до 1207 закладів первинної допомоги було здійснено 139074329 та 23873287 вдома, обслуговування проводили 36629,25 на зайнятих посадах лікарів. До 476 закладів сімейної медицини було здійснено 7560173 відвідування та 1842960 відвідувань вдома з кадровим потенціалом у 2316 лікарів на зайнятих посадах, з них у сільській місцевості знаходилось 422 сімейні амбулаторії з кількістю відвідувань у закладі 3095715, вдома – 784792 числом 1078,25 зайнятої посади лікарів.

До 565 Центрів ПМСД з 23789,5 зайнятої посади лікарів у 2015 р. звернулось 90867481 пацієнтів і 19230449 пацієнтів вдома. Серед них 157 центрів розташовані у містах і 408 у сільській місцевості, до яких звернулись 43246229 і 47621252 пацієнти відповідно.

Ліжковий фонд лікувально-профілактичних загальних закладів у 2015 р. становив 39458 терапевтичних ліжок, 14358 кардіологічних, 934 кардіоревматологічних для дітей, 1888 ревматологічних для дорослих, 35 ревматологічних для дітей, 961 алергологічне для дорослих, 658 алергологічних для дітей, 2815 пульмонологічних для дорослих, 776 пульмонологічних для дітей, 2911 ендокринологічних для дорослих і 509 для дітей, 3322 гастроентерологічних для дорослих і 889 для дітей, 1246 гематологічних для дорослих і 612 для дітей, 1331 нефрологічне для дорослих і 823 для дітей, 114 імунологічних для дорослих і 184 для дітей, 9170 інфекційних для дорослих і 8437 для дітей, 23422 хірургічні для дорослих

і 1367 для дітей, нейрохірургічних для дорослих і 300 – для дітей, 532 кардіохірургічних для дорослих і 213 для дітей, 1177 судинної хірургії, 930 торакальної хірургії для дорослих і 145 для дітей, 905 опікових для дорослих і 185 для дітей, 1683 ортопедичні для дорослих і 547 для дітей, 12443 травматологічні для дорослих і 859 для дітей, стоматологічних для дорослих – 1233, для дітей – 131; гнійної хірургії для дорослих – 3030, для дітей – 579; урологічних для дорослих – 4912, для дітей – 527; проктологічних – 947; онкологічних для дорослих – 8210, для дітей – 292; 11361 – для вігітних та роділь; 6945 – для патології вагітності; 15071 – гінекологічне для дорослих і 151 для дітей; 106 – для проведення абортів; 15100 фтизіатричних для дорослих і 899 для дітей; 23724 неврологічні для дорослих і 1679 – для дітей; психіатричних для дорослих – 30213 і для дітей 1439; 220 психосоматичних; 3968 наркологічних; 4545 офтальмологічних для дорослих і 917 для дітей; 4945 отоларингологічних для дорослих і 1327 – для дітей; шкірно-венерологічних для дорослих – 2733 і для дітей – 539; педіатричних соматичних – 17142; радіологічних, рентген – 2179; відновного лікування для дорослих – 1469 і для дітей – 310; інші для дорослих – 2464 і для дітей – 350. Усього по Україні – 308143.

Амбулаторно-поліклінічну допомогу також надавали спеціалізовані відділення і кабінети, які знаходяться у складі амбулаторно-поліклінічного закладу (табл. 4.1.3).

Таблиця 4.1.3

**Спеціалізовані відділення (кабінети) в закладах, які надавали амбулаторно-поліклінічну допомогу у 2015 р.**

<b>Відділення (кабінети)</b>	<b>Число амбулаторно-поліклінічних закладів (підрозділів), які мають дане відділення (кабінет)</b>
Підліткові	350
Пульмонологічні	240
Ревматологічні	301
Кардіологічні	702
Гастроентерологічні	375
Ендокринологічні	827
Алергологічні	150
Імунологічні	90
Інфекційні для дорослих	725
Інфекційні для дітей	204
Лікар. контроль за тими, що займаються фізкультурою і спортом	56
Травматологічні (ортопедичні) для дорослих	782
Травматологічні (ортопедичні) для дітей	216
Урологічні	686
Онкологічні	606
Жіночі консультації	342
Акушерсько-гінекологічні	917
Оглядові	1011
Планування сім'ї та репродукції людини	81
З медичної генетики (медико-генетична консультація)	73
Дитячі (відділення, кабінети)	1041
Щеплення	1067
Офтальмологічні	1063
Отоларингологічні	1065
Сурдологічні	69
Фтизіатричні	540
Неврологічні	1190
Психіатричні	593
Психотерапевтичні	123

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Наркологічні	518
Наркологічні госпрозрахункові	162
Наркологічні для підлітків	15
Анонімного лікування наркологічних хворих	27
Експертизи алкогольного сп'яніння	41
Антиалкогольної пропаганди та профілактичної допомоги	10
Дерматовенерологічні	797
Відновного лікування	113
Профілактики	344
Пункти медичної допомоги вдома дорослому населенню	133
Пункти медичної допомоги вдома дитячому населенню	27
Гематологічні	119
Логопедичні	252
Лікувальної фізкультури для дорослих	685
Лікувальної фізкультури для дітей	218
Соціально-правові	265
Статистики	1252
Відділення статистики в складі оргметодвідділу	123
Загальної практики – сімейної медицини	799

Понад 1000 структурних підрозділів надають такі види допомоги, як неврологічна, отоларингологічна, офтальмологічна, щеплення, дитячому населенню. Менше 50 структурних підрозділів у складі амбулаторно-поліклінічних закладів припадає на спеціалізовані кабінети і відділення з проблем алкогольного та наркотичного лікування.

Число закладів (відділень), що надавали екстрену та планово-консультативну допомогу населенню, у 2015 р. дорівнювало 62 з числом обслужених осіб 158146.

Відділення і кабінети сімейного лікаря у 2015 р. мали: ЦРЛ – 59, РЛ – 30, дільничні лікарні – 34, амбулаторії – 4, міські лікарні і поліклініки – 108, в інших закладах їх нараховувалось 564.

Також первинну медичну допомогу у 2015 р. надавали 293 диспансери (табл. 4.1.4), до яких поступило майже 504 тис. хворих, у т.ч. 178676 сільських мешканців.

Таблиця 4.1.4

**Диспансери, що надавали лікувальну допомогу населенню у 2015 р.**

Кількість закладів	З них мають стаціонари	Кількість ліжок на 31.12.2015	Середньорічні ліжка	Госпіталізовано хворих	У т.ч. сільських жителів	Ліжко-днів
Фтизіатричні						
82	66	11 694	11 960,00	43 484	18 816	3 418 230
Онкологічні						
31	31	8 587	8 122,00	242 656	82 404	2 874 321
Шкірно-венерологічні						
57	37	2 425	2 430,80	48 150	13 715	744 752
Психоневрологічні						
23	11	1 215	1 215,00	18 201	4 100	401 514
Лікарсько-фізкультурні						
20	1	30	30,00	858	61	9 796
Ендокринологічні						
5	4	315	315,00	9 644	3 094	108 249
Наркологічні						
33	23	2 457	2 457,00	60 618	19 586	828 104
Наркологічні, міжрайонні						
2	0	0	0,00	0	0	0
Кардіологічні						
15	14	1 747	1 717,50	58 781	29 234	598 449

Радіаційного захисту населення						
7	6	920	920,00	21 531	7 666	296 948
Усього по Україні						
273	193	29 390	29 167,30	503 923	178 676	9 280 363

Поряд із диспансерами, медичну допомогу на первинному рівні надавав 1891 денний стаціонар (табл. 4.1.5) із загальною кількістю ліжок 62 270, у т.ч. 5 053 – для дітей, у яких проліковано 2 636 191 хворого, з них 211 363 дитини. Працювали 1525 стаціонарів вдома із загальною кількістю пролікованих 2 246 375 осіб.

Таблиця 4.1.5

**Денні стаціонари по Україні у 2015 р.**

Денні стаціонари при амбулаторно-поліклінічних закладах					Стаціонари вдома	
Кількість закладів	Кількість ліжок		Проліковано хворих		Кількість закладів	Проліковано хворих
	усього	у т.ч. для дітей	усього	у т.ч. для дітей		
Поліклініки						
91	4 006	248	243 933	9 093	64	198 592
Дитячі поліклініки						
24	590	590	19 762	19 762	22	20 078
Міські лікарні						
226	8 797	589	358 234	23 599	114	177 908
Дитячі міські лікарні						
31	878	870	31 446	31 373	17	26 353
ЦРЛ та РЛ						
412	11 723	618	471 404	24 367	243	232 746
Дільничні лікарні та амбулаторії						
421	2 380	112	104 913	9 326	469	104 105
Пологові будинки						
54	1 069	10	53 098	1 240	2	349
Диспансери						
79	1 751	40	57 857	1 931	7	27 479
Інші заклади						
553	31 076	1 976	1 295 544	90 672	587	1 458 765
Усього по Україні						
1 891	62 270	5 053	2 636 191	211 363	1 525	2 246 375

Первинну медичну допомогу надавали 38 лікарських і 509 фельдшерських здоров'я пунктів (табл. 4.1.6), 13205 фельдшерсько-акушерських пунктів (табл. 4.1.7). Робота стоматологічних закладів наведена у табл. 4.1.8.

Планова потужність амбулаторно-поліклінічних закладів у 2015 р. становила 841968 відвідувань.

Майже половина населення держави є мешканцями сільської місцевості, тому забезпечення цієї категорії населення потребує значних витрат. У сільській місцевості у 2015 р. працювали 74 лікарняні заклади, до яких госпіталізовано 3412067 хворих, яким медичну допомогу надавали 41493,5 лікарів. Самостійних амбулаторій у сільській місцевості працювало 525 із 17272,25 штатної посади лікарів, 1 стоматологічна поліклініка, 29 станцій та відділень ШМД, 1 станція переливання крові. В усіх амбулаторно-поліклінічних закладах сільських адміністративних районах було надано допомогу 160080749 хворим на амбулаторному прийомі і 11791728 хворим – вдома (з урахуванням стоматологічної допомоги).

**Здоровпункти в Україні у 2015 р.**

Кількість здоровпунктів	Крім того, на договірних засадах
Лікарські	
38	22
Фельдшерські	
509	59

**Фельдшерська допомога в Україні у 2015 р.**

Кількість закладів	Кількість відвідувань
Фельдшерсько-акушерські пункти	
13205	43315070

**Стоматологічна допомога населенню України у 2015 р.**

Кількість закладів	Кількість відвідувань
Стоматологічні поліклініки: для дорослих	
149,00	12 360 867,00
Стоматологічні поліклініки: для дітей	
21,00	1 949 871,00
Стоматологічні поліклініки ВНЗ та НДІ	
6,00	494 240,00
Стоматологічні поліклініки госпрозрахункові	
21,00	254 985,00
Лікувально-профілактичні заклади, які мають стоматологічні відділення (кабінети)	
1 646,00	22 220 087,00
у т.ч. центральні районні лікарні	
409,00	11 793 829,00
районні лікарні	
81,00	1048020
дільничні лікарні	
39,00	151 422,00
сільські амбулаторії	
370,00	1 092 829,00
ЛПЗ, що мають госпрозрахункові стоматологічні відділення	
116,00	821 727,00
Усього по Україні	
1 959,00	38 101 777,00
Госпрозрахункові зубопротезні відділення	
687,00	0,00
Число осіб, які одержали протези	
327 942,00	0,00
у т.ч. сільських жителів	
73 779,00	0,00

В усіх закладах медичну допомогу населенню у 2015 р. надавав 175061 лікар.

Служба крові є однією з головних у системі охорони здоров'я, побудована за регіонально-територіальним принципом і налічувала 40 станцій переливання крові з числом зайнятих лікарських посад 764,25 (табл. 4.1.9).

У Дніпропетровській і Запорізькій області функціонує по 4 станції переливання крові, у Полтавській – 3, в усіх інших регіонах – по 2 та 1 станції.

Оздоровчою діяльністю у 2015 р. в Україні займалися 125 санаторно-курортних закладів (табл. 4.1.10), загальною потужністю майже 16 тис. ліжок, на яких було проліковано 131038 хворих.

Таблиця 4.1.9

**Станції переливання крові в Україні у 2015 р.**

Кількість станцій переливання крові	40
Кількість лікарських посад штатних	886,25
Кількість лікарських посад зайнятих	764,25

Таблиця 4.1.10

**Санаторно-курортні заклади України у 2015 р.**

Кількість закладів	Кількість ліжок		Надійшло хворих	Проведено ліжко-днів
	цілорічних	в місяць максимального розгортання		
<b>А. САНАТОРІЇ</b>				
1. Бюджетні, усього				
Цілорічні заклади				
123	15451	15760 (130 в сезонних закладах)	124695	3935496
а) Санаторії для дорослих, усього				
25	3287	3287	26293	819637
у т.ч. для хворих на туберкульоз				
23	2647	2647	16355	686737
з них для хворих на кістк.-суглоб. туб.				
7	840	840	4897	215307
б) Санаторії для дітей, усього				
98	12164	12473 (130 в сезонних закладах)	98402	3115859
у т.ч. для хворих на туберкульоз				
38	5286	5361	32614	1482328
з них для хворих на кістк.-суглоб. туб.				
4	935	935	8005	301128
із захворюваннями: органів дихання				
11	1410	1480	15645	370915
органів травлення				
5	930	930	8738	215961
опорно-рухової системи				
4	300	300	1906	85182
нервової системи та ДЦП				
1	500	500	4014	132048
2. Госпрозрахункові				
1	215	215	2073	36534
а) Санаторії для дорослих				
1	215	215	2073	36534
<b>Б. САНАТОРІЇ ДЛЯ БАТЬКІВ З ДІТЬМИ</b>				
2	530	530	6343	140391

Серед усього числа санаторіїв 98 були для дітей і 2 для батьків із дітьми, усього було проліковано понад 100 тис. дітей, у т.ч. хворих на туберкульоз (32614 осіб), із захворюваннями органів дихання (15645 осіб), органів травлення (8738 осіб), опорно-рухової



системи (1906 осіб), нервової системи та ДЦП (4014 осіб). У санаторіях для батьків із дітьми оздоровлення пройшли 6343 особи.

Серед усіх санаторіїв був один госпрозрахунковий, у якому пролікувалися 2073 дорослі пацієнти.

В усіх санаторіях протягом 2015 р. було проведено 4075887 ліжко-днів. Поряд із санаторним лікуванням 29 центрів здоров'я надавали профілактичну допомогу населенню.

Будинок дитини (табл. 4.1.11) є комунальним закладом охорони здоров'я для медико-соціального захисту дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, а також дітей із вадами фізичного та розумового розвитку. Будинки дитини знаходяться у віданні органів охорони здоров'я, в них виховуються діти від народження до трирічного віку, а діти з дефектами розумового і фізичного розвитку – до чотирирічного. Для ослаблених дітей, інфікованих туберкульозом, дітей з ураженням центральної нервової системи, органів слуху, мови та іншими захворюваннями створено спеціалізовані будинки дитини.

Таблиця 4.1.11

**Будинки дитини в Україні у 2015 р.**

Кількість закладів	Кількість місць станом на 31.12.2015 р.	Кількість дітей станом на 31.12.2015 р.	Проведено ліжко-днів
Україна			
39	3 796	2 553	939 180
Одеська область			
4	455	291	104 126
Харківська область			
4	375	182	76 896
Дніпропетровська область			
3	275	255	88 813

Із 39 будинків дитини найбільше (по 4 на регіон) їх розташовано на території Одеської і Харківської областей, 6 регіонів нараховують по 2 будинки дитини, інші 16 регіонів – по 1.

Швидка медична допомога – спеціалізована медико-санітарна служба (табл. 4.1.12), завданням якої є надання першої медичної допомоги при станах, загрозливих для життя, потерпілим від нещасних випадків (поранення, переломи, опіки, отруєння, ураження електричним струмом тощо) або при раптових захворюваннях, а також транспортування потерпілих до лікарень.

Таблиця 4.1.12

**Станції швидкої медичної допомоги в Україні у 2015 р.**

	Самостійні	Об'єднані
Кількість станцій (відділень) швидкої медичної допомоги	44	2
Кількість виїздів на виклик, усього	8515112	17081
у т.ч. у зв'язку з транспортуванням хворих	360279	175
Кількість осіб, яким надана допомога амбулаторно та на виїздах	8768899	18139

У 2015 р. в Україні функціонувало 44 самостійні та 2 об'єднані станції швидкої медичної допомоги. Усього за рік було здійснено 8515112 викликів та надано першу медичну допомогу 8768899 постраждалим самостійними станціями та 18139 – об'єднаними.

Мережу закладів охорони здоров'я формують поряд із поліклінічними та стаціонарними закладами такі структури, як уже згадані центри здоров'я, бюро судмедекспертизи, патологоанатомічні бюро, інформаційно-методичні центри медичної статистики міського та обласного підпорядкування (табл. 4.1.13). Таких закладів у 2015 р. в системі охорони здоров'я діяло 103.

Таблиця 4.1.13

**Інші ЗОЗ України у 2015 р.**

Найменування ЗОЗ	Кількість
Центри здоров'я	29
Бюро судмедекспертизи	26
Патологоанатомічні бюро	15
Обласні інформаційно-методичні центри медичної статистики	24
Міські інформаційно-методичні центри медичної статистики	9

**4.2. Характеристика стану первинної медико-санітарної допомоги**

Головною метою системи охорони здоров'я будь-якої країни є безпечна, ефективна, своєчасна та адекватна медична допомога населенню, для досягнення якої необхідно посилити первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД) – ланку першого контакту більшості пацієнтів із системою охорони здоров'я. ПМСД, як основа будь-якої системи охорони здоров'я, опікується профілактикою і задовольняє близько 80–90% потреб населення у медичній допомозі, а також вважається раціональною з погляду економіки, потребуючи біля 30% ресурсів галузі охорони здоров'я в цілому. За твердженням ВООЗ, системи охорони здоров'я мають відповідати на виклики мінливого світу і зростаючі очікування щодо поліпшення їх роботи, що передбачає істотну переорієнтацію і реформування нинішніх принципів функціонування систем охорони здоров'я в суспільстві. Відповідно до засад «Європейської політики з досягнення здоров'я на ХХІ ст.», на рівні ПМСД держава повинна забезпечити безперервність медичної опіки. Досвід багатьох країн показав, що чим нижчий рівень розвитку ПМСД, тим більш витратною і менш ефективною є вся система охорони здоров'я. Для досягнення цілей ПМСД інтереси людей мають бути в центрі уваги служб ПМСД. Актуальність розвитку потужної мережі закладів, що надають первинну медичну допомогу, також пов'язана з прийняттям Кабінетом Міністрів України Постанови від 25.11.2015 №1024 «Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення». Коригування кількості ліжкового фонду, згідно з цією Постановою, потребує створення адекватних стаціонарозамінних форм медичної допомоги, у т.ч. на первинному рівні.

Станом на 31.12.2015 р. ПМСД в Україні надавалася у 5891 закладі загальної практики – сімейної медицини (табл. 4.2.1; рис. 4.2.1).

За аналітичними даними, в Україні кількість АЗПСМ поступово збільшилася: 2015 р. – 5891, 2014 р. – 5646, 2013 р. – 6223, із них у сільській місцевості: 2015 р. – 3729, 2014 р. – 3583, 2013 р. – 3698, кількість АЗПСМ у містах у 2015 р. – 2162, 2014 р. – 2073, 2013 р. – 2525.

Таблиця 4.2.1

Кількість закладів загальної практики – сімейної медицини (2011–2015 рр.)

Адміністративно-територіальна одиниця	Усього					Усього в сільській місцевості					Усього в містах та СМГ				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Область</i>															
Вінницька	177	276	302	318	322	–	225	234	238	242	–	51	68	80	80
Волинська	104	127	120	127	135	90	88	85	88	89	14	39	35	39	46
Дніпропетровська	377	383	399	402	409	–	185	187	187	187	–	198	212	215	222
Донецька	618	445	453	–	–	–	114	117	–	–	–	331	336	–	–
Житомирська	239	280	272	267	264	199	198	197	192	189	40	82	75	75	75
Закарпатська	277	292	266	265	279	266	251	249	249	252	11	41	17	26	27
Запорізька	118	285	313	274	275	105	140	148	141	141	13	145	165	133	134
Івано-Франківська	143	164	29	161	218	133	125	12	109	149	10	39	17	52	69
Київська	239	272	294	294	296	215	211	230	231	227	24	61	64	63	69
Кіровоградська	111	150	165	164	165	103	103	104	103	103	8	47	61	61	62
Луганська	132	278	256	–	124	64	89	82	–	66	68	189	174	–	58
Львівська	275	262	262	268	305	206	153	153	158	186	69	109	109	110	119
Миколаївська	149	217	214	214	218	131	142	142	142	141	18	75	72	72	77
Одеська	230	252	246	276	276	208	185	177	177	176	22	67	69	99	100
Полтавська	282	316	313	323	324	249	234	234	234	234	33	82	79	89	90
Рівненська	122	165	168	169	169	119	114	113	113	114	3	51	55	56	55
Сумська	141	183	196	202	202	119	140	136	138	135	22	43	60	64	67
Тернопільська	197	208	220	219	225	193	171	172	172	176	4	37	48	47	49
Харківська	66	487	516	489	488	50	258	253	251	251	16	229	263	238	237
Херсонська	110	203	163	164	164	96	132	123	123	124	14	71	40	41	40
Хмельницька	169	207	216	219	226	149	135	136	137	143	20	72	80	82	83
Черкаська	154	–	211	212	220	133	0	149	148	149	21	0	62	64	71
Чернівецька	173	185	178	182	182	164	155	155	159	159	9	30	23	23	23
Чернігівська	127	193	194	166	148	114	113	110	93	96	13	80	84	73	52
<i>Місто</i>															
Київ	99	–	257	271	257	–	–	–	–	–	–	–	257	271	257
Україна	4829	5830	6223	5646	5891	3106	3661	3698	3583	3729	452	2169	2525	2073	2162

Мережа амбулаторій загальної практики – сімейної медицини у 2015 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Усього		Амбулаторії, розташовані в сільських населених пунктах		Амбулаторії – структурні підрозділи ЦПМСД				Амбулаторії – відокремлені структурні підрозділи ЦПМСД		Показник забезпеченості амбулаторіями на 10 тис. населення	
			амбулаторії	приписане населення	приписане населення		амбулаторії	у т.ч. сільське (приписні дільниці)	амбулаторії	у т.ч. сільське (приписні дільниці)	усього	у т.ч. сільське (приписні дільниці)
	амбулаторії	усього			амбулаторії	усього						
	кількість	кількість	кількість	у т.ч. сільське (приписні дільниці)	кількість	у т.ч. сільське (приписні дільниці)	кількість	у т.ч. сільське (приписні дільниці)	кількість	усього	у т.ч. сільське (приписні дільниці)	міського
<i>Область</i>												
Вінницька	322	242	650613	40	529681	101609	40	380061	62890	0,88	3,04	
Волинська	135	89	284709	20	475555	147794	26	229511	68264	0,65	3,13	
Дніпропетровська	409	187	440 289	77	1161195	37 892	145	1 554 484	440 289	0,82	4,24	
Житомирська	264	189	394283	25	514925	92991	50	347527	34699	0,87	4,79	
Закарпатська	279	252	770 616	7	231 785	4 211	20	252 926	19 091	0,56	3,27	
Запорізька	275	141	381193	73	855978	32926	61	465484	7508	1,01	3,7	
Івано-Франківська	218	149	556454	39	532306	116547	30	289855	111873	0,84	2,68	
Київська	296	227	547924	35	608974	111209	34	292885	23542	0,77	4,14	
Кіровоградська	165	103	255416	34	490940	92964	28	236160	17487	0,85	4,03	
Луганська	124	66	163465	29	361781	27203	29	194171	14013	1,04	4,04	
Львівська	305	186	537086	40	589764	113813	79	698192	130180	0,92	3,46	
Миколаївська	218	141	322505	27	332209	43263	50	473559	8076	0,96	4,37	
Одеська	276	176	522647	59	914162	92293	41	433087	33082	0,74	3,37	
Полтавська	324	234	490920	38	508113	74899	52	409679	9344	0,98	4,77	
Рівненська	169	114	422629	30	429429	116864	25	265494	68526	0,8	2,69	
Сумська	202	135	296236	32	513041	37459	35	276059	20973	0,85	4,55	
Тернопільська	225	176	452733	16	274966	116999	33	298665	66116	0,85	3,88	
Харківська	488	251	429803	74	1017037	56588	163	1227436	48220	1,06	5,84	
Херсонська	164	124	389661	40	676783	26526	—*	—	—	0,59	3,18	
Хмельницька	226	143	393 057	45	583 807	127 622	38	276 125	52 741	0,96	3,64	
Черкаська	220	149	419945	46	623574	99965	25	204668	23604	0,86	3,55	
Чернівецька	182	159	476777	15	177119	51596	8	65267	13854	0,95	3,33	
Чернігівська	148	96	203396	20	267740	84645	32	219650	61377	2,0	2,5	
<i>Місто</i>												
Київ	257	—	—	71	940334	—	186	1824775	—	0,93	—	
Україна	5891	3729	9802357	932	13611198	1807878	1230	10915720	1335749	0,88	3,8	

\* Примітка: у Херсонській області, у зв'язку з нестворенням ЦПМСД у Голопристанському районі, міське населення в кількості 14678 осіб обслуговується поліклінічною ЦРЛ, аналогічно в Дніпропетровському (72490 осіб), Комсомольському (119520 осіб) та Суворовському (121342 особи) районах м. Херсон первина медична допомога населенню надається поліклініками лікарень.

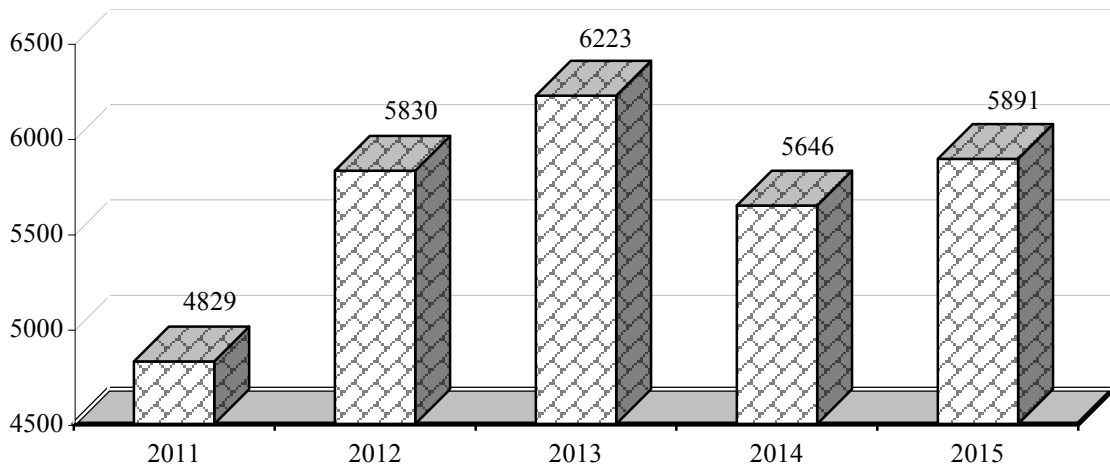


Рис. 4.2.1. Розвиток мережі закладів первинної медичної допомоги у 2011–2015 рр. (абс.)

Показник забезпеченості АЗПСМ на 10 тис. нас. у сільській місцевості у середньому по Україні становив 3,8 (максимальний: 5,84 – у Харківській області), що майже відповідало затвердженому нормативу – 3,3. Проте в ряді регіонів (2,68 – в Івано-Франківській та Рівненській областях, 2,5 – у Чернігівській області) фактична забезпеченість сільськими АЗПСМ була значно нижчою за необхідну. Середній показник забезпеченості АЗПСМ на 10 тис. нас. у містах у середньому по Україні становив 0,93, що також не відповідало нормативу (від 1,6 до 2,5 залежно від особливостей розселення та забудови). Показник коливався від 0,56 на 10 тис. нас. (у Закарпатській області) до 2,0 (у Чернігівській області), де він наближався до норми (табл. 4.2.2).

Загалом медичною допомогою в АЗПСМ охоплено 89,9% населення в Україні. Показник забезпеченості населення АЗПСМ підвищився порівняно з 2014 р. (76,9%) на 13%. Майже стовідсоткове охоплення населення було у Житомирській, Закарпатській, Херсонській, Черкаській областях та у м. Києві. Найнижчий показник виявлено у Луганській (32,4%), Івано-Франківській (74,3%) і Чернівецькій (76,0%) областях, що вплинуло на загальнонаціональний показник (табл. 4.2.3).

Таблиця 4.2.3

Охоплення медичною допомогою населення в амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини у 2015 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Прикріплене населення									
	Усього	% охоплення	сільська місцевість				міські поселення			
			усього	% охоплення	дитяче	доросле	усього	% охоплення	дитяче	доросле
<i>Область</i>										
Вінницька	1557075	96,6	795885	100	143057	652828	761190	93,4	140276	620914
Волинська	989775	95,0	500767	100	124257	376510	489008	89,6	63089	425919
Дніпропетровська	3 155 968	96,3	503 808	93,9	86 774	417 034	2 652 160	96,8	457 186	2 194 974
Житомирська	1256735	99,9	521219	100	103848	417371	735516	99,7	139502	596412
Закарпатська	1 255 327	99,7	793 918	100	185 618	608 300	461 409	98,7	102 238	359 171
Запорізька	1705734	96,6	406837	100	75672	330956	1298856	95,3	213574	1045282
Івано-Франківська	1026885	74,3	601028	77,0	128485	472543	425857	70,9	82213	343644
Київська	1 476 574	85,4	645 645	98,7	115 170	530 475	830 929	77,3	164 651	666 278
Кіровоградська	982516	95,4	365867	99,4	58714	307153	616649	93,0	108193	508456
Луганська	719417	32,4	204681	70,1	31782	172899	514736	26,7	79903	434833

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Львівська	2133221	84,6	841189	84,3	174921	668569	1291559	84,8	233929	1056774
Миколаївська	1128273	96,9	373061	100	65980	307081	755212	95,2	138384	616828
Одеська	1959434	81,8	718614	90,6	154904	563710	1240820	77,4	86114	1154706
Полтавська	1415749	97,7	556356	100	81501	474855	859393	95,9	116248	743145
Рівненська	1117552	96,2	611199	100	160548	450651	506353	91,3	106953	399400
Сумська	1085336	96,6	354668	99,9	49709	304959	730668	95,1	93050	637618
Тернопільська	1012024	94,6	602057	100	110837	491220	409967	86,2	43866	366101
Харківська	2 674 276	97,9	534 611	100	79 152	455 459	2 139 665	97,2	351 862	1 787 803
Херсонська	1066444	99,8	416187	100	83275	332912	650257	99,5	113863	536394
Хмельницька	1 252 989	96,3	573 420	100	103 085	470 335	679 569	93,0	127 051	552 518
Черкаська	1248187	99,7	543732	100	90831	452901	704455	99,2	114591	589864
Чернівецька	691364	76,0	521624	100	111564	410060	169740	43,5	35565	134175
Чернігівська	718309	68,0	366584	97,3	55965	310619	351725	51,8	45387	306338
<i>Місто</i>										
Київ	2888002	100	–	–	–	–	2888002	100	582900	2305102
Україна	24702032	89,9	9301555	96,1	2375649	9979400	15399963	85,5	3740588	18382649

Відповідно до моніторингу, відсоток охоплення медичною допомогою в АЗПСМ міського населення був нижчим (85,5%), ніж сільського (96,1%). Значні розбіжності спостерігалися в Київській (77,3% і 98,7% відповідно), Одеській (77,4% і 90,6%), Чернівецькій (43,5% і 100,0%) і Чернігівській (51,8% і 97,3%) областях.

Кількість штатних посад ЛЗПСЛ у штатних розписах закладів ПМСД у 2015 р. становила 18 685,91 (17 469 у 2014 р.), а кількість фізичних осіб лікарів, які ці посади обіймали, збільшилась із 8794 у 2011 р. до 12 383 лікарів у 2015 р. (рис. 4.2.2).



**Рис. 4.2.2. Кількість штатних посад і фізичних осіб лікарів загальної практики – сімейних лікарів у 2011–2015 рр.**

Укомплектованість штатних посад ЛЗПСЛ фізичними особами в Україні у 2015 р. становила 66,27%, що було нижчим, ніж у попередні роки (2011 р. – 76,40%, 2012 р. – 71,60%, 2013 р. – 71,40%, 2014 р. – 64,84%). Показник коливався від 28,97% у Львівській до 91,3% у Закарпатській областях (табл. 4.2.4).

Таблиця 4.2.4  
**Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів фізичними особами у 2011–2015 рр. (%)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Область</i>					
Вінницька	77,04	75,18	78,02	79,43	77,64
Волинська	71,68	73,94	64,70	74,0	76,55
Дніпропетровська	72,0	65,05	65,71	72,74	75,31
Донецька	70,21	65,70	68,05	–	–
Житомирська	76,64	72,53	70,55	72,08	73,1

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Закарпатська	87,97	93,56	89,40	88,22	91,3
Запорізька	77,32	76,21	71,02	75,49	74,8
Івано-Франківська	77,21	81,90	95,45	88,82	82,23
Київська	70,11	54,10	63,84	62,42	69,35
Кіровоградська	70,22	54,81	57,54	46,63	53,33
Луганська	70,94	75,64	58,40	–	62,81
Львівська	93,55	89,25	89,25	27,50	28,97
Миколаївська	65,41	48,97	59,21	66,16	65,74
Одеська	72,47	65,26	68,58	66,68	67,49
Полтавська	75,76	65,19	77,22	71,95	72,73
Рівненська	78,90	78,74	67,90	75,26	80,37
Сумська	72,93	66,78	69,38	71,70	72,30
Тернопільська	86,52	89,20	87,53	82,06	81,15
Харківська	71,90	68,77	69,74	70,16	71,73
Херсонська	67,68	63,62	53,27	54,69	57,14
Хмельницька	86,88	85,90	82,76	79,32	81,37
Черкаська	71,27	–	66,20	66,99	68,47
Чернівецька	76,23	94,05	86,08	85,50	82,1
Чернігівська	80,32	78,44	66,44	62,44	62,45
<i>Місто</i>					
Київ	59,87	–	68,50	76,09	76,94
Україна	76,46	71,66	71,44	64,84	66,27

Питома вага ЛЗПСЛ, що надають ПМСД пацієнтам від народження і протягом усього життя, в Україні складала лише 67,6%, а питома вага населення, яке обслуговується ЛЗПСЛ, що надають ПМСД від народження і протягом усього життя, у сільській місцевості становила 74,5%, у міській – 43,55%. Слід зазначити, що цей показник був стовідсотковим лише в Кіровоградській, Миколаївській та Херсонській областях. І зовсім незрозумілою є тенденція, виявлена в м. Києві (пілотному регіоні, в якому протягом трьох років проводилося реформування системи охорони здоров'я), де питома вага ЛЗПСЛ, що надають ПМСД пацієнтам від народження і протягом усього життя, становила 6,0%, а питома вага населення, яке обслуговується ЛЗПСЛ, дорівнювала 3,0% (табл. 4.2.5).

Навантаження на одного лікаря є одним із показників, які характеризують якість та ефективність надання ПМСД на засадах ЗПСМ.

Таблиця 4.2.5

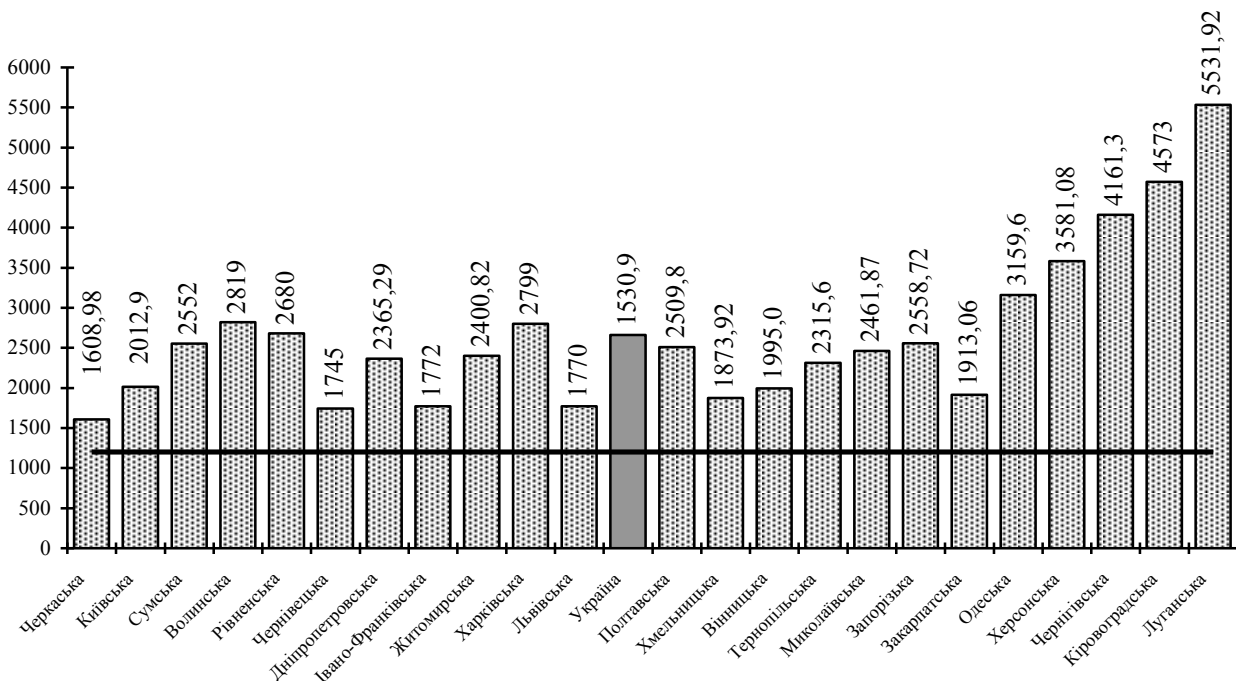
**Обслуговування населення лікарями загальної практики – сімейними лікарями та середнє навантаження на одного сімейного лікаря у 2015 р.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Питома вага ЛЗПСЛ, що надають ПМСД пацієнтам від народження і протягом усього життя	Питома вага населення, яке обслуговується ЛЗПСЛ, що надають ПМСД від народження і протягом усього життя		Середнє навантаження (кількість осіб)			
		міського	сільського	на штатну посаду лікарів ПМСД, введено для обслуговування населення		на фізичну особу лікарів ПМСД, які обслуговують населення	
				міського	сільського	міське	сільське
<i>Область</i>							
Вінницька	96,5	91,5	93,6	1240	1375	1442	1995
Волинська	75,21	64,98	76,02	1688	1668	2163	2819
Дніпропетровська	70,1	52,32	92,14	1550,74	1531,33	2021,46	2365,30
Житомирська	28,54	9,63	52,89	1189	1440	1459	2401
Закарпатська	67,46	55,34	99,02	1 459,00	1 694,60	1 502,96	1 913,06
Запорізька	51,52	18,03	80,24	1389	1629	1787	2559
Івано-Франківська	73,8	34,60	76,55	1337	1424	1360	1772
Київська	88,0	48,65	78,88	1232,5	1046,8	1605,4	2012,9

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Кіровоградська	100,00	78,97	73,92	1161	2109	1793	4573
Луганська	29,79	4,65	27,29	3397,6	2803,85	4949,38	5531,92
Львівська	66,00	50,00	42,00	920,00	1529,00	945,00	1770,00
Миколаївська	100,00	66,69	85,42	1465	1390	2251	2462
Одеська	50,6	32,07	92,55	1458,9	1649,4	2068,0	3159,6
Полтавська	50,0	22,64	82,54	1609,6	1556,4	2056,8	2509,8
Рівненська	82,33	32,51	80,48	1302,5	2186,7	1391,0	2680,0
Сумська	65,47	23,51	63,82	1520	1351	1918	2552
Тернопільська	59,82	41,0	90,2	1216,5	1647,21	1289,2	2315,6
Харківська	89,6	82,6	97,0	1434	1554	1729	2799
Херсонська	100,00	25,61	45,16	1339	1656	1946	3581
Хмельницька	42,26	7,70	56,30	1299	1427	1431	1874
Черкаська	81,0	59,23	90,41	1257	1116	1788	1609
Чернівецька	92,58	100,00	100,00	1165	1375	1286	1745
Чернігівська	55,8	40,10	42,70	1462,20	1877,50	1589,40	4161,3
<i>Місто</i>							
Київ	6,00	3,00	–	1648,9	–	2191,2	–
Україна	67,60	43,55	74,5	1447,56	1610,32	1831,72	2659,13

Середнє навантаження на ЛЗПСЛ, за результатами моніторингу 2015 р., у міських поселеннях складало 1447,56 на штатну посаду лікаря та 1831,72 на фізичну особу, у сільській місцевості – 1610,32 на штатну посаду лікаря та 2659,13 на фізичну особу, що значно перевищило норматив навантаження на сімейного лікаря в Україні (1200 осіб у сільській місцевості і 1500 – у міській) та негативно впливає на якість медичної допомоги ЛЗПСЛ (рис. 4.2.3).



**Рис. 4.2.3. Навантаження на одного сімейного лікаря у сільській місцевості у 2015 р.**

Відбувалися коливання показника середнього навантаження на ЛЗПСЛ у сільській місцевості від 5531,92 у Луганській та 4573 у Кіровоградській областях до 1609 у Черкаській та 1745 у Чернівецькій областях.

Показник навантаження на штатну посаду лікарів ПМСД, введена для обслуговування в містах та СМТ, у 2015 р. становив від 1189 осіб у Житомирській та 1161 у Кіровоградській областях та 920,0 у Львівській до 3397,6 у Луганській областях (рис. 4.2.4).



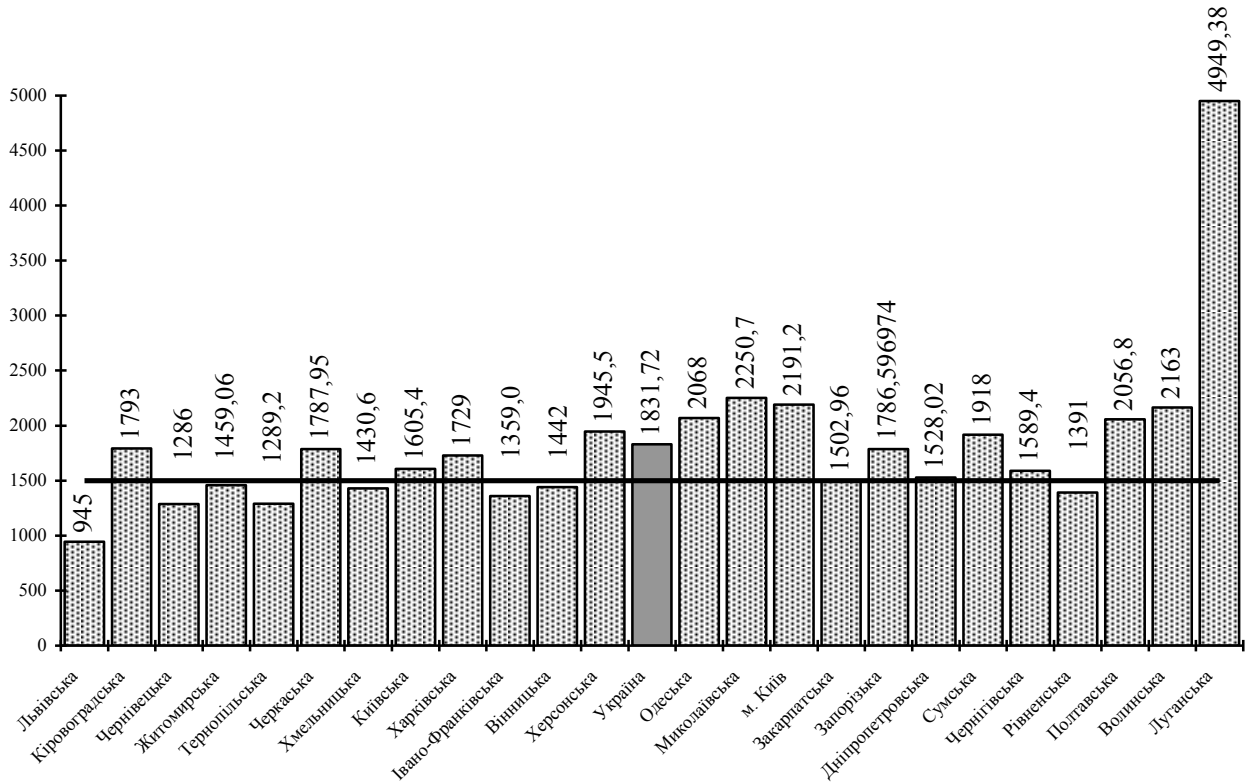


Рис. 4.2.4. Навантаження на одного сімейного лікаря в містах та селищах міського типу у 2015 р.

Унормовані вимоги підготовки кваліфікованих кадрів із метою забезпечення ефективної організації медичної допомоги у 2015 р. також виконувалися недостатньо, про що свідчили дані моніторингу стосовно підготовки кадрів: 14,49% керівників ЦПМСД не мали підготовки з організації охорони здоров'я, а питома вага заступників головних лікарів із лікувальної роботи ЦПМСД, які не мали підготовки з організації охорони здоров'я, у 2014 р. становила 33,32% (табл. 4.2.6).

Майже половина (53,31%) заступників головних лікарів із лікувальної роботи ЦПМСД, які повинні організовувати якісний та кваліфікований лікувальний процес, взагалі не мали підготовки із ЗПСМ.

Частка неатестованих ЛЗПСЛ з числа тих, що підлягали атестації, у 2015 р. становила 8,57%.

Якість надання ПМСД значною мірою також визначається рівнем матеріально-технічного забезпечення закладів первинної ланки. За наявними даними, умови для організації ефективної медичної допомоги населенню в Україні недостатні, оскільки 23,72% (875) АЗПСМ у сільській місцевості та 45,79% (962) у містах та СМТ розташовані у приміщеннях, що потребують капітального ремонту. Зокрема у Херсонській області із 124 АЗПСМ, розташованих у сільській місцевості, і 40 у містах та СМТ, усі потребують капітального ремонту (табл. 4.2.7).

Підготовка та перепідготовка лікарських кадрів у 2015 р. (%)

Адміністративно-територіальна одиниця	Питома вага головних лікарів ЦПМСД		Питома вага заступників головних лікарів з лікувальної роботи ЦПМСД		Питома вага ЛЗПСЛ, які не атестовані, з тих, що підлягали атестації
	які не мають підготовки з організації охорони здоров'я	які мають вищу або I категорію з організації охорони здоров'я	які не мають підготовки з ЗПСМ	які не мають підготовки з організації охорони здоров'я	
<i>Область</i>					
Вінницька	9,1	72,7	39,3	12,12	54,5
Волинська	–	85,0	46,7	26,7	33,3
Дніпропетровська	9,43	32,08	47,17	13,21	15,09
Житомирська	28,6	50	78,6	53,6	17,9
Закарпатська	–	18,00	–	–	4,00
Запорізька	3,13	75	65,63	18,75	56,25
Івано-Франківська	14,00	73,00	46,00	32,00	36,00
Київська	3,8	52	22,0	18	12
Кіровоградська	12,0	60,0	–	–	24,0
Львівська	9,00	72,00	13,00	50,00	40,00
Миколаївська	3,6	71,4	50	28,6	35,7
Одеська	38,9	52,8	75,0	58,3	41,6
Полтавська	14	64,7	20,5	11,7	35,2
Рівненська	5,6	88,9	88,9	33,3	44,4
Сумська	29,6	29,6	85,2	70,4	14,8
Тернопільська	10	83,3	68,4	21	63,2
Харківська	9,0	55,5	75,6	37,8	44,4
Херсонська	22,70	45,40	22,70	13,60	27,30
Хмельницька	15,79	47,37	50,00	30,00	35,00
Черкаська	25	54,2	79	50	33,3
Чернівецька	14,3	64,3	14,3	21,4	14,3
Чернігівська	20,8	41,7	62,5	54,2	9,3
<i>Місто</i>					
Київ	6	81	69,10	45	9,20
Україна	14,49	59,56	53,31	33,32	30,47
					8,57

Стан будівель та споруд у 2015 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Амбулаторії в сільських населених пунктах				Амбулаторії в містах та СМТ			
	усього	у т.ч. такі, що потребують капітального ремонту			усього	у т.ч. такі, що потребують капітального ремонту		
		кількість	прикріплене населення	% АЗПСМ, що потребують ремонту		кількість	прикріплене населення	% АЗПСМ, що потребують ремонту
<i>Область</i>								
Вінницька	242	33	79189	13,64	73	21	240913	28,77
Волинська	89	22	74545	24,72	46	20	297215	43,48
Дніпропетровська	187	29	63 994	15,51	222	70	1 016 811	31,53
Житомирська	189	38	91370	20,11	75	31	458316	41,33
Закарпатська	252	52	202 422	20,63	27	15	216 254	55,56
Запорізька	141	40	128202	28,37	134	61	816770	45,52
Івано-Франківська	114	15	68 544	13,16	54	39	398 724	72,22
Київська	227	44	324392	19,38	60	21	471122	35,00
Кіровоградська	103	15	40810	14,56	62	11	99081	17,74
Луганська	66	48	121202	72,73	58	46	404250	79,31
Львівська	182	52	399116	28,57	99	76	1162668	76,77
Миколаївська	141	18	44700	12,77	77	19	227063	24,68
Одеська	176	50	170654	28,41	100	49	608777	49,00
Полтавська	234	46	154623	19,66	90	24	341821	26,67
Рівненська	114	32	117551	28,07	55	29	384931	52,73
Сумська	135	24	59437	17,78	67	37	440817	55,22
Тернопільська	175	39	155096	22,29	39	26	365485	66,67
Харківська	251	60	177280	23,90	237	156	1395608	65,82
Херсонська	124	124	389661	100	40	40	676783	100,00
Хмельницька	143	23	63673	16,08	83	32	368061	38,55
Черкаська	149	6	27930	4,03	71	33	495302	46,48
Чернівецька	159	47	216985	29,56	23	10	98579	43,48
Чернігівська	96	18	38182	18,75	52	14	179705	26,92
<i>Місто</i>								
Київ	–	–	–	–	257	82	1457772	31,90
Україна	3689	875	3209558	23,72	2101	962	12622828	45,79

Питома вага амбулаторій у ЦПМСД, оснащених медичним обладнанням, інструментами та інвентарем відповідно до табеля оснащення, у 2015 р. становила лише 16,8%, автоматизованими робочими місцями – 21,4%, автомобілями – 46,3% амбулаторій в Україні (табл. 4.2.8).

Таблиця 4.2.8

Стан оснащення амбулаторій, що входять до складу центрів первинної медико-санітарної допомоги, у 2015 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість амбулаторій у ЦПМСД, оснащених відповідно до табеля оснащення					
	медичним обладнанням, інструментами та інвентарем		автоматизованими робочими місцями		автомобілями	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<i>Область</i>						
Вінницька	–	–	218	67,75	349	51,55
Волинська	7	5,2	11	8,14	129	42,6

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Дніпропетровська	249	61,12	326	79,71	404	99,02
Житомирська	0	0,0	21	8,3	93	35,5
Закарпатська	–	–	28	10,39	90	32,26
Запорізька	17	6,5	20	7,3	92	33,5
Івано-Франківська	0	0,0	54	25,0	69	32,0
Київська	148	50,0	263	89,0	153	52,0
Кіровоградська	51	31,5	28	17,0	102	62,4
Луганська	–	–	–	–	38	30,6
Львівська	69	22,6	35	11,5	158	51,8
Миколаївська	0	0,0	52	23,9	129	59,2
Одеська	0	0,0	24	8,7	189	62,9
Полтавська	–	–	–	–	156	48,0
Рівненська	4	2,5	42	26,7	81	51,6
Сумська	–	–	2	1,0	70	34,7
Тернопільська	90	68,5	40	17,8	112	49,8
Харківська	–	–	33	6,8	193	39,5
Херсонська	3	2,3	20	12,5	10	6,4
Хмельницька	9	4,0	4	1,8	74	32,7
Черкаська	2	0,9	–	–	33	15,0
Чернівецька	32	17,6	11	6,0	128	70,3
Чернігівська	18	10,2	9	5,0	130	83,3
<i>Місто</i>						
Київ	97	35,4	99	36,5	95	34,3
Україна	796	16,8	1122	21,4	3077	46,3

Немає жодної АЗПСМ у центрі ПМСД, оснащеної відповідно до табеля оснащення, в Житомирській, Івано-Франківській, Миколаївській, Одеській областях, що не відповідає пріоритетності питання розвитку сімейної медицини в сучасній системі охорони здоров'я населення, відповідно до декларації, що для надання ПМСД належної якості необхідно привести у відповідність приміщення, в яких розташовані АЗПСМ, та їх оснащення відповідно до вимог чинного законодавства.

З прийняттям Верховною Радою України Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» від 05.02.2015 №157-VIII станом на 31.12.2015 р. в Україні було утворено 159 нових об'єднаних територіальних громад (далі – нові громади). Такі нові громади, відповідно до Бюджетного кодексу України, отримують пряму медичну субвенцію з Державного бюджету України на видатки на ПМСД та ЦПМСД. Проте заклади, що можуть надавати ПМД, були раніше передані на районний рівень із метою утворення ЦПМСД і, таким чином, нові громади не мають відповідних можливостей для самостійного надання ПМД. Відповідно, у перехідний період ради нових громад повинні прийняти рішення щодо передачі медичної субвенції, у вигляді міжбюджетної трансферти, на районний рівень з метою забезпечення ПМД своїм мешканцям через раніше створені ЦПМСД.

Враховуючи вищевикладене, первинна медична допомога в Україні потребує суттєвого покращення матеріально-технічної бази, підвищення рівня оснащення необхідним обладнанням та інструментарієм, комп'ютеризації, достатнього забезпечення автотранспортом, створення ефективних фінансових та матеріальних стимулів для сімейних лікарів, особливо молодих спеціалістів.

Серед питань які потребують вирішення найближчим часом, – автономізація закладів охорони здоров'я та, у зв'язку з цим, розробка й впровадження сучасних, ефективних показників якості первинної медичної допомоги, створення пулу сучасних управлінців для закладів первинної ланки медичної допомоги. Також важливим питанням є реформування

закладів первинної медичної допомоги у зв'язку з адміністративно-територіальною реформою та створенням нових, об'єднаних громад.

Таким чином, ПМСД на засадах загальної практики – сімейної медицини залишається однією з найважливіших ланок медичної допомоги в Україні, а реформи, що у ній упроваджуються, мають найбільш тісний зв'язок із процесами трансформації, що відбуваються зараз у нашій країні.

#### 4.3. Характеристика стану вторинної медичної допомоги

Сучасний стан здоров'я України, який відзначається порівняно високим рівнем загальної смертності, особливо серед чоловіків працездатного віку, відповідно низьким рівнем СОТЖ і тривалості здорового життя, природним спадом населення, пов'язаним не лише із сучасною воєнною ситуацією, спадом економіки, зниженням життєвого рівня населення, але й недоліками в організації охорони здоров'я, доступності та ефективності медичної допомоги, її недостатнім ресурсним забезпеченням, незадовільним станом довкілля.

Тому подальший розвиток системи охорони здоров'я потребує подальшого удосконалення шляхом реструктуризації, раціоналізації та реорганізації всіх видів медичної допомоги, підвищення її доступності та ефективності при дотриманні пріоритету ПМСД на засадах ЗПСМ.

У сучасних умовах ВМД, тобто спеціалізована допомога населенню, надається як у спеціалізованих відділеннях (кабінетах) АПЗ, так і в лікарнях різного типу. Звичайно, не можна вважати закладами спеціалізованої медичної допомоги СДЛ, а також відносити до третинної, тобто вузькоспеціалізованої, висококваліфікованої, медичної допомоги всі відділення ОЛ. Проте медико-статистична звітність переважно, як і раніше, проводиться за старою схемою – по закладах різного типу, а не за рівнями медичної допомоги. Тобто реструктуризація медичної допомоги як один із напрямів реформування системи охорони її майже не торкнулася.

Тому і в щорічних доповідях спеціалізована медична допомога розглядається на основі діяльності стаціонарів різного типу, а ОЛ відносяться до медичних закладів третинного рівня.

За офіційними даними, у 2015 р. в медичних закладах, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, налічувалося 48 видів спеціалізованих відділень (кабінетів) – усього 20806 відділень (кабінетів). Серед них були і такі, які важко вважати спеціалізованими, зокрема, дитячі (1041), ЗПСМ (799), соціально-правові (265), відділення статистики (1252), відділення статистики в складі організаційно-методичних відділів (123) взагалі не можуть відноситися до спеціалізованих лікувально-профілактичних підрозділів (табл. 4.3.1). Тобто до останніх належало лише 19166 відділень (кабінетів).

Таблиця 4.3.1

Спеціалізовані відділення (кабінети) в закладах, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, у 2015 р.

Відділення (кабінети)	Число АПЗ (підрозділів), які мають дане відділення (кабінет)	Відділення (кабінети)	Число АПЗ (підрозділів), які мають дане відділення (кабінет)
Підліткові	350	Сурдологічні	69
Пульмонологічні	240	Фтизіатричні	540
Ревматологічні	301	Неврологічні	1190

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Кардіологічні	702	Психіатричні	593
Гастроентерологічні	375	Психотерапевтичні	123
Ендокринологічні	827	Наркологічні	518
Алергологічні	150	Госпрозрахункові наркологічні	162
Імунологічні	90	Наркологічні для підлітків	15
Інфекційні для дорослих	725	Анонімного лікування наркологічних хворих	27
Інфекційні для дітей	204	Експертизи алкогольного сп'яніння	41
Лікарського контролю за тими, що займаються фізкультурою і спортом	56	Антиалкогольної пропаганди та профілактичної допомоги	10
Травматологічні (ортопедичні): для дорослих	782	Дерматовенерологічні	797
для дітей	216	Відновлювального лікування	113
Урологічні	686	Профілактики	344
Онкологічні	606	Пункти медичної допомоги вдома: дорослому населенню	133
Жіночі консультації	342	дитячому населенню	27
Акушерсько-гінекологічні	917	Гематологічні	119
Оглядові	1011	Логопедичні	252
Планування сім'ї та репродукції людини	81	Лікувальної фізкультури для дорослих	685
З медичної генетики (медико-генетична консультація)	73	Лікувальної фізкультури для дітей	218
Дитячі (відділення, кабінети)	1041	Соціально-правові	265
Щеплення	1067	Статистики	1252
Офтальмологічні	1063	Відділення статистики в складі оргметодвідділу	123
Отоларингологічні	1065	ЗПСМ	799

Серйозна увага приділялась психіатричній та наркологічній допомозі у 1462 відділеннях (кабінетах) різних видів, а також профілактичній роботі у відділеннях (кабінетах) профілактики (341), в імунологічних (90), інфекційних для дорослих (725), дітей (204), лікарського контролю за тими, хто займається фізкультурою і спортом (56).

Розподіл найбільш поширених видів спеціалізованих відділень (кабінетів) наведено в таблиці 4.3.2.

За проектами реформування системи охорони здоров'я до 70–80% амбулаторних випадків мають обслуговувати ЛЗПСЛ, як у країнах Європи, США, Канаді. Проте до реалізації цих проектів ще далеко через недостатню кількість ЛЗПСЛ, незадовільну їх практичну підготовку та брак ресурсного забезпечення.

Спеціальна стаціонарна допомога у 2015 р. надавалася в лікарнях різного типу і стаціонарних відділеннях диспансерів (табл. 4.3.3). У 2015 р. порівняно з 2014 р. число лікарняних закладів значно збільшилося майже у всіх областях, особливо у Вінницькій, Закарпатській, Кіровоградській, Луганській, Одеській, Полтавській, Рівненській, Харківській, а зменшилося – лише в Черкаській, Чернігівській та Донецькій областях і в м. Києві. Не виключено, що деяке збільшення лікарняних закладів сталося у зв'язку з воєнними подіями і підвищенням необхідності в наданні стаціонарної допомоги військовослужбовцям і тимчасово переміщеним особам.

Таблиця 4.3.2

**Розподіл спеціалізованих відділень (кабінетів) у складі амбулаторно-поліклінічних закладів України у 2015 р.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Спеціалізовані відділення (кабінети)													
	пulьмонології	ревматології	кардіології	гастроентеролог	ендокринології	алергології	травматолог дорослих	травматолог дітей	уролог	офтальмології	ЛОР	неврології	фізотерапії	дерматології
<i>Область</i>														
Вінницька	11	7	29	18	33	7	35	8	34	42	42	45	29	39
Волинська	3	9	17	11	24	2	24	6	22	27	29	34	21	25
Дніпропетровська	16	31	45	26	74	12	75	12	68	98	101	117	36	68
Донецька	8	11	31	14	33	6	35	8	22	63	60	65	20	22
Житомирська	6	10	27	11	31	5	33	6	22	35	35	40	27	32
Закарпатська	17	12	23	17	21	11	20	12	16	24	26	32	20	25
Запорізька	11	11	31	12	42	7	35	8	33	49	48	54	20	44
Івано-Франківська	16	21	31	18	32	6	37	13	28	45	47	45	15	30
Київська	5	5	26	8	35	3	33	6	31	42	42	52	26	40
Кіровоградська	4	5	19	6	25	2	26	5	19	36	34	36	17	26
Луганська	2	2	17	5	16	3	15	2	11	22	22	24	15	16
Львівська	17	18	49	24	47	11	48	9	46	67	63	77	17	45
Миколаївська	5	9	22	12	24	4	25	8	11	28	30	34	22	24
Одеська	7	14	36	20	47	7	40	9	31	56	59	67	32	43
Полтавська	6	8	35	13	39	8	29	6	30	47	44	49	26	33
Рівненська	11	7	28	11	27	4	24	7	25	30	33	36	18	30
Сумська	9	6	21	12	24	6	20	10	24	34	35	37	21	31
Тернопільська	15	13	23	20	28	3	25	12	25	35	35	41	23	28
Харківська	19	32	25	41	60	9	59	22	46	78	79	84	25	47
Херсонська	6	6	23	7	17	3	19	5	18	26	28	28	23	20
Хмельницька	11	17	26	11	33	6	30	13	30	36	36	41	26	28
Черкаська	4	6	23	7	35	4	34	5	35	39	39	42	23	27
Чернівецька	14	14	13	15	20	4	16	7	20	27	24	28	13	22
Чернігівська	8	9	21	12	31	3	24	4	16	39	38	39	21	27
<i>Місто</i>														
Київ	9	18	4	24	29	14	21	13	23	38	36	43	4	25
Україна	240	901	702	375	827	150	782	216	686	1063	1065	1190	540	987

Число лікарняних закладів у регіонах України у 2015 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Число лікарень		Число диспансерів зі стаціонарами		Усього лікарняних закладів	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
<i>Область</i>						
Вінницька	51	55	6	6	57	61
Волинська	42	43	3	3	45	46
Дніпропетровська	104	108	12	12	116	120
Донецька	59	57	11	11	70	68
Житомирська	46	46	4	4	50	50
Закарпатська	43	47	5	5	48	52
Запорізька	58	61	11	11	69	72
Івано-Франківська	58	59	13	13	71	72
Київська	58	59	8	8	66	67
Кіровоградська	37	40	8	8	45	48
Луганська	25	30	2	4	27	34
Львівська	102	101	16	16	118	117
Миколаївська	39	40	4	4	43	44
Одеська	69	71	5	5	74	76
Полтавська	51	54	13	13	64	67
Рівненська	41	43	5	5	46	48
Сумська	45	46	8	8	53	54
Тернопільська	51	52	8	8	59	60
Харківська	79	83	14	14	93	97
Херсонська	33	34	5	5	38	39
Хмельницька	39	41	5	5	44	46
Черкаська	48	42	6	6	54	48
Чернівецька	25	26	7	7	32	33
Чернігівська	48	47	8	4	56	55
<i>Місто</i>						
Київ	61	61	5	8	66	64
Україна	1312	1346	192	193	1504	1539

Інформація про число і види диспансерів, які надавали у 2015 р. спеціалізовану як стаціонарну, так і амбулаторну допомогу, їх потужність, обсяг роботи і розподіл по регіонах наведена в таблиці 4.3.4.

Диспансери України у 2015 р.

Назва	Число закладів	з них мають стаціонари	Число ліжок на 31.12.2015 р.	Середньорічні ліжка	Госпіталізовано хворих	у т.ч. сільських жителів	Ліжко-днів
Протитуберкульозні	82	66	11 694	11 960,00	43 484	18 816	3 418 230
Онкологічні	31	31	8 587	8 122,00	242 656	82 404	2 874 321
Шкірно-венерологічні	57	37	2 425	2 430,80	48 150	13 715	744 752
Психоневрологічні	23	11	1 215	1 215,00	18 201	4 100	401 514
Лікарсько-фізкультурні	20	1	30	30,00	858	61	9 796
Ендокринологічні	5	4	315	315,00	9 644	3 094	108 249
Наркологічні	33	23	2 457	2 457,00	60 618	19 586	828 104



**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

у т.ч. міжрайонні	2	0	0	0,00	0	0	0
Кардіологічні	15	14	1 747	1 717,50	58 781	29 234	598 449
Радіаційного захисту населення	7	6	920	920,00	21 531	7 666	296 948
<b>Україна, УСЬОГО</b>	<b>273</b>	<b>193</b>	<b>29 390</b>	<b>29 167,30</b>	<b>503 923</b>	<b>178 676</b>	<b>9 280 363</b>
<i>Область</i>							
Вінницька	8	6	1 160	1 165,00	21 723	8 090	380 179
Волинська	4	3	660	672,00	12 554	5 279	223 032
Дніпропетровська	13	12	2 554	2 554,00	29 847	4 448	793 460
Донецька	23	11	1 227	1 227,00	16 675	1 704	391 651
Житомирська	4	4	890	890,00	13 241	5 094	280 483
Закарпатська	6	5	584	584,00	16 477	9 711	195 724
Запорізька	16	11	2 016	2 032,00	25 175	6 854	611 975
Івано-Франківська	14	13	1 380	1 380,00	22 216	12 428	420 397
Київська	10	8	1 095	1 123,00	22 149	8 189	378 917
Кіровоградська	12	8	795	795,00	20 108	7 630	280 066
Луганська	7	4	730	225,00	3 823	816	84 735
Львівська	19	16	2 445	2 562,00	52 646	17 841	844 176
Миколаївська	6	4	1 110	1 110,00	16 822	4 453	376 242
Одеська	11	5	1 190	1 190,00	16 754	5 719	411 761
Полтавська	16	13	1 339	1 355,00	24 860	9 048	393 861
Рівненська	5	5	1 007	1 007,00	18 236	8 830	292 720
Сумська	9	8	1 062	1 071,50	18 604	4 943	319 079
Тернопільська	9	8	850	850,00	13 815	7 329	261 850
Харківська	24	14	1 690	1 698,00	37 909	9 500	503 209
Херсонська	5	5	886	901,00	15 492	5 837	309 848
Хмельницька	7	5	870	896,70	16 653	7 104	272 568
Черкаська	6	6	1 340	1 348,00	24 548	9 504	454 680
Чернівецька	8	7	810	810,00	19 485	10 692	274 224
Чернігівська	12	8	1 300	1 304,10	18 879	6 097	408 516
<i>Місто</i>							
Київ	19	4	400	417,00	5 232	1 536	117 010

Загальна кількість лікарняних закладів системи МОЗ України, які надавали стаціонарну допомогу у 2015 р., становила 1 539 закладів, у т.ч. 1 346 лікарень і 193 диспансери зі стаціонарами.

У системі МОЗ України продовжувалась реорганізація мережі ЛПЗ, унаслідок чого їх кількість збільшилась на 35 за рахунок передачі відомчих лікарняних закладів Міністерства інфраструктури на місцеві бюджети. При цьому кількість ДЛ зменшилась на 11 переважно за рахунок їх реорганізації в сільські амбулаторії з подальшим включенням їх до складу ЦПМСД.

Характеристика ліжкового фонду і забезпеченості населення ліжками та основні показники їх використання за 2015 р. наведена в таблиці 4.3.5.

Таблиця 4.3.5

**Ліжковий фонд і основні показники діяльності лікарняних закладів**

Показник	Рік	
	2014	2015
Ліжковий фонд (кількість ліжок)	307246	308143
Забезпеченість населення ліжками (на 10 тис. осіб)	71,9	72,4
у т.ч. населення сільських адміністративних районів	53,54	53,43
Рівень госпіталізації (на 100 жителів)	20,0	20,2
Середнє перебування хворого на ліжку	11,6	11,4
у т.ч. у МЛ		10,2
у т.ч. у ЦРЛ		3,6

у т.ч. у сільських адміністративних районах	9,8	9,6
Середнє число днів зайнятості ліжок	323	319
у т.ч. у сільських адміністративних районах	322	317

Протягом 2012–2014 рр. спостерігалось поступове скорочення ліжкового фонду (2012 р. – 369657 ліжок, 2013 р. – 364241 ліжка, 2014 р. – 307246 ліжок, 2015 р. – 308143 ліжка).

У 2015 р. кількість ліжок збільшилася на 897 од. за рахунок передачі відомчих лікарняних закладів Міністерства інфраструктури на місцеві бюджети. У 2014–2015 рр. дані по АР Крим і м. Севастополю відсутні; а в Донецькій та Луганській областях враховані дані по підконтрольних Україні територіях.

В Україні показник забезпеченості ліжками на 10 тис. населення у 2015 р. становив 72,4 ліжка (71,9 – 2014 р.), в Європейському регіоні – 56,7 (2013 р.), у країнах СНД – 74,5 (2013 р.).

Високі показники забезпеченості ліжками на 10 тис. населення утримувалися в таких областях: Чернігівській – 105, Кіровоградській – 88,4, Сумській – 87,0, Тернопільській – 86,1, Запорізькій – 85,19, Львівській – 85,3.

Низькі показники забезпеченості спостерігалися в таких областях: Донецькій – 30,23, Луганській – 32,51, в яких враховувалися дані з підконтрольних Україні територій.

Забезпеченість ліжками на 10 тис. населення сільських адміністративних районів становила 53,43 (2014 р. – 53,54).

Рівень госпіталізації в Україні становив 20,2 на 100 жителів (2014 р. – 20,0), а в Європейському регіоні – 18,05 (2013 р.), у країнах СНД – 19,02 (2014 р.).

Найбільш низький рівень госпіталізації спостерігався в Донецькій (7,82) та Луганській (5,86) областях.

Середнє число днів зайнятості ліжка становило 319 днів (2014 р. – 323), середнє число днів перебування хворого на ліжку – 11,4 (2014 р. – 11,6) дня.

Більш високим було середнє перебування хворого на ліжку в таких областях: Чернігівській – 12,7; Одеській – 12,6; Херсонській та Запорізькій – 12,4 дня.

Нижчий від середнього термін перебування хворого на ліжку спостерігався в областях: Житомирській – 10,1; м. Києві – 10,7; Вінницькій – 10,8 дня.

Середнє перебування хворого на ліжку в ОЛ становило 10,1; МЛ – 10,2; ЦРЛ – 9,6; ДЛ – 11,1 дня. У закладах сільських адміністративних районів середнє перебування хворого на ліжку становило 9,6 дня (2014 р. – 322). За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, середнє перебування хворого на ліжку в усіх стаціонарах в Європейському регіоні становило 8,64, у країнах СНД – 11,15 (2013 р.).

Серед показників діяльності стаціонарних закладів, за якими можна судити про її якість, важливими є середня тривалість лікування (у днях) і летальність (відсоток померлих на 100 виписаних), які наведені за 2014–2015 рр. у таблиці 4.3.6.

З метою економії витрат на ліжко шляхом підвищення якості та ефективності лікування перед медичними закладами було поставлено мету скорочення тривалості лікування. Тому вона поступово знижувалася і становила по Україні у 2014 р. – 11,53 дня, у 2015 р. – 11,40, тобто зниження по всіх регіонах було незначне, а в деяких (Харківська, Миколаївська, Волинська, Черкаська) цей показник навіть дещо підвищився. Крім того, у

Чернігівській, Луганській, Запорізькій, Одеській та Харківській областях він помітно перевищував середній показник по Україні.

Таблиця 4.3.6

Середня тривалість лікування (у днях) і летальність у стаціонарах України від усіх хвороб серед усього населення за 2014–2015 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Середня тривалість лікування		Летальність	
	2014	2015	2014	2015
<i>Область</i>				
Вінницька	10,97	10,83	0,96	0,96
Волинська	11,19	11,32	1,01	0,99
Дніпропетровська	11,44	11,33	1,51	1,51
Донецька*	11,91	11,79	1,85	1,82
Житомирська	10,31	10,06	0,91	0,93
Закарпатська	11,25	11,12	1,34	1,33
Запорізька	12,68	12,52	1,43	1,42
Івано-Франківська	11,21	11,20	0,97	0,91
Київська	11,26	11,14	1,35	1,36
Кіровоградська	11,49	11,34	1,23	1,18
Луганська*	13,40	13,07	1,61	1,70
Львівська	12,26	11,94	0,93	0,91
Миколаївська	11,59	11,71	1,32	1,27
Одеська	12,70	12,51	1,44	1,49
Полтавська	11,14	10,95	1,53	1,47
Рівненська	10,91	10,75	0,82	0,82
Сумська	12,00	11,83	1,04	1,06
Тернопільська	11,75	11,73	0,72	0,73
Харківська	10,90	10,75	1,46	1,46
Херсонська	11,91	12,16	1,29	1,30
Хмельницька	11,17	11,04	1,22	1,26
Черкаська	11,03	11,08	1,16	1,13
Чернівецька	11,14	10,82	0,62	0,63
Чернігівська	12,87	12,80	1,27	1,30
<i>Місто</i>				
Київ	10,77	10,54	1,55	1,59
Україна	11,53	11,40	1,25	1,26

Примітка: \* – дані територій, підконтрольних Україні.

Середній показник летальності залишався майже на тому ж рівні: 2014 р. – 1,25; 2015 р. – 1,26. У багатьох областях він підвищувався, а в деяких перевищував середній рівень по Україні (Донецька, Луганська, м. Київ, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська та Харківська). Це підвищення можна пояснити як наслідком воєнних дій, так і зосередженням важких хворих у центрах висококваліфікованої медичної допомоги.

Особливий інтерес мають показники середньої тривалості лікування і летальності при лікуванні хвороб різних класів, а також особливо тяжких і небезпечних.

Так, у 2014–2015 рр. середня тривалість лікування від ХСК і летальність від них дещо знизилася, проте в деяких областях показник летальності суттєво підвищувався: у Луганській, Донецькій, Харківській, Полтавській, м. Києві та Дніпропетровській області (табл. 4.3.7).

Дані про тривалість лікування при ГХ та ІХС мало відрізнялися від загальних показників при ХСК (табл. 4.3.8, 4.3.9). Проте, якщо летальність при ГХ за 2014–2015 рр. становила 0,01%, то при ІХС у середньому досягала 3,53% і коливалася, збільшуючись до

5,3% у Запорізькій області, 4,98% у Луганській, 4,85% у м. Києві, 4,72% у Полтавській, 4,62% у Донецькій областях.

Таблиця 4.3.7

**Середня тривалість лікування (у днях) та летальність у стаціонарах України  
від хвороб системи кровообігу серед усього населення за 2014–2015 рр.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Середня тривалість лікування		Летальність	
	2014	2015	2014	2015
<i>Область</i>				
Вінницька	10,82	10,52	2,70	2,55
Волинська	11,20	10,99	2,82	2,83
Дніпропетровська	11,41	11,28	4,34	4,28
Донецька*	12,63	12,38	5,20	5,06
Житомирська	10,16	9,99	2,68	2,65
Закарпатська	10,44	10,29	3,66	3,25
Запорізька	12,52	12,29	4,28	4,13
Івано-Франківська	11,47	11,46	3,04	2,85
Київська	11,57	11,42	3,87	3,93
Кіровоградська	11,19	10,90	3,94	3,78
Луганська*	12,78	12,30	5,13	5,42
Львівська	11,66	11,45	2,47	2,47
Миколаївська	12,07	11,92	3,58	3,52
Одеська	12,32	12,05	3,76	4,11
Полтавська	11,52	11,15	4,80	4,45
Рівненська	11,20	10,80	2,53	2,37
Сумська	12,01	11,94	3,23	3,40
Тернопільська	11,35	11,24	2,15	2,12
Харківська	11,08	10,97	4,45	4,54
Херсонська	11,48	11,37	3,60	3,76
Хмельницька	10,76	10,62	3,37	3,51
Черкаська	10,88	10,90	3,29	3,14
Чернівецька	11,21	10,98	1,61	1,55
Чернігівська	12,68	12,66	3,36	3,50
<i>Місто</i>				
Київ	12,91	12,61	4,40	4,44
Україна	11,59	11,40	3,60	3,58

Примітка: \* – дані територій, підконтрольних Україні.

Таблиця 4.3.8

**Середня тривалість лікування (у днях) та летальність у стаціонарах України  
від гіпертонічної хвороби серед усього населення за 2014–2015 рр.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Середня тривалість лікування		Летальність	
	2014	2015	2014	2015
<i>Область</i>				
Вінницька	9,83	9,39	0,02	0,03
Волинська	10,89	9,63	0,00	0,00
Дніпропетровська	9,38	9,25	0,01	0,00
Донецька*	10,72	9,93	0,00	0,00
Житомирська	9,13	9,09	0,03	0,05
Закарпатська	9,32	9,43	0,00	0,08
Запорізька	11,67	11,39	0,00	0,01
Івано-Франківська	10,12	10,97	0,00	0,00
Київська	11,55	11,29	0,00	0,00
Кіровоградська	8,73	8,52	0,09	0,00
Луганська*	10,34	8,82	0,15	0,05
Львівська	10,27	10,20	0,00	0,00
Миколаївська	9,70	9,87	0,00	0,00

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Одеська	10,78	10,57	0,00	0,00
Полтавська	9,40	9,22	0,00	0,00
Рівненська	10,63	10,19	0,02	0,00
Сумська	9,92	9,51	0,00	0,00
Тернопільська	10,95	10,57	0,00	0,00
Харківська	10,04	9,77	0,02	0,00
Херсонська	9,45	9,19	0,00	0,00
Хмельницька	10,46	9,92	0,00	0,00
Черкаська	10,00	10,04	0,00	0,03
Чернівецька	9,79	9,26	0,00	0,00
Чернігівська	10,63	10,38	0,00	0,00
<i>Місто</i>				
Київ	11,25	10,49	0,00	0,00
Україна	10,30	10,01	0,01	0,01

Примітка: \* – дані територій, підконтрольних Україні.

Таблиця 4.3.9

**Середня тривалість лікування (у днях) та летальність у стаціонарах України від ішемічної хвороби серця серед усього населення за 2014–2015 рр.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Середня тривалість лікування		Летальність	
	2014	2015	2014	2015
<i>Область</i>				
Вінницька	10,76	10,36	2,60	2,62
Волинська	10,99	10,87	2,81	2,81
Дніпропетровська	11,66	11,58	4,32	4,32
Донецька*	12,66	12,45	4,57	4,62
Житомирська	10,45	10,28	2,82	2,82
Закарпатська	10,30	10,05	2,80	2,58
Запорізька	12,78	12,84	5,39	5,30
Івано-Франківська	11,77	11,86	3,42	3,25
Київська	11,70	11,80	3,84	3,87
Кіровоградська	10,98	10,71	3,56	3,52
Луганська*	12,95	12,39	4,61	4,98
Львівська	12,28	11,95	2,52	2,60
Миколаївська	12,19	12,34	4,15	4,03
Одеська	12,45	11,98	3,66	4,27
Полтавська	11,60	11,57	4,77	4,72
Рівненська	11,12	10,88	2,11	1,86
Сумська	12,20	12,39	2,94	3,20
Тернопільська	11,78	11,58	2,01	2,15
Харківська	11,16	11,07	3,94	4,11
Херсонська	11,01	11,47	2,95	2,99
Хмельницька	11,05	10,87	3,64	3,62
Черкаська	10,87	10,87	3,20	2,82
Чернівецька	11,22	11,11	1,46	1,39
Чернігівська	12,60	12,52	2,91	3,22
<i>Місто</i>				
Київ	12,55	12,35	4,66	4,85
Україна	11,67	11,54	3,50	3,53

Примітка: \* – дані територій, підконтрольних Україні.

Особливо небезпечними для життя людини є такі захворювання, як інфаркт міокарда та інсульт (табл. 4.3.10, 4.3.11). У 2014–2015 рр. середні показники тривалості лікування при цих хворобах і летальність від них дещо знижувалися, але рівень летальності в окремих областях залишався високим. Так, летальність від ГІМ у Запорізькій області була найвищою (20,75%), а в таких регіонах, як Донецька, Чернігівська область, м. Київ, Харківська, Вінницька області, помітно перевищувала середній рівень (14,11%).

Таблиця 4.3.10

Середня тривалість лікування (у днях) та летальність у стаціонарах України від гострого інфаркту міокарда серед усього населення за 2014–2015 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Середня тривалість лікування		Летальність	
	2014	2015	2014	2015
<i>Область</i>				
Вінницька	13,49	12,88	16,28	16,64
Волинська	15,13	13,94	12,78	11,62
Дніпропетровська	14,69	14,19	12,29	11,67
Донецька*	15,99	16,03	16,33	18,21
Житомирська	16,33	16,35	14,41	12,97
Закарпатська	13,40	11,49	11,69	11,24
Запорізька	16,77	16,71	21,42	20,75
Івано-Франківська	18,11	19,09	15,90	14,21
Київська	13,29	12,76	14,35	14,04
Кіровоградська	11,58	11,72	7,37	8,47
Луганська*	15,69	15,99	10,87	13,40
Львівська	16,98	17,01	13,08	13,45
Миколаївська	17,03	17,62	14,51	13,71
Одеська	15,39	14,56	12,47	12,71
Полтавська	16,44	16,00	17,03	15,49
Рівненська	12,04	10,94	9,24	8,23
Сумська	15,63	15,45	12,68	14,20
Тернопільська	15,02	14,85	11,02	14,08
Харківська	15,27	14,18	18,35	17,73
Херсонська	16,11	15,39	9,70	11,11
Хмельницька	13,22	12,90	11,87	10,99
Черкаська	12,30	12,44	9,94	9,54
Чернівецька	20,39	19,62	15,78	14,93
Чернігівська	15,62	15,36	14,27	17,74
<i>Місто</i>				
Київ	14,20	13,45	18,43	16,22
<b>Україна</b>	<b>15,07</b>	<b>14,11</b>	<b>14,24</b>	<b>14,11</b>

Примітка: \* – дані територій, підконтрольних Україні.

Рівень летальності від інсультів в середньому за 2014–2015 рр. досягав 19,23% (табл. 4.3.11), а в багатьох областях перевищував цей показник (Чернігівській, Черкаській, Донецькій, Кіровоградській, Луганській та Харківській областях). Отже, профілактика цих захворювань, подальше удосконалення кардіологічної, неврологічної медичної допомоги та ЕМД залишають нагальною проблемою системи охорони здоров'я і українського суспільства.

Таблиця 4.3.11

Середня тривалість лікування (у днях) та летальність у стаціонарах України від інсультів серед усього населення за 2014–2015 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Середня тривалість лікування		Летальність	
	2014	2015	2014	2015
<i>Область</i>				
Вінницька	11,54	11,70	13,52	11,88
Волинська	12,80	12,57	15,58	16,13
Дніпропетровська	12,76	12,32	19,67	19,34
Донецька*	13,65	13,28	23,40	23,21
Житомирська	11,66	11,49	19,02	18,82
Закарпатська	12,28	12,44	19,13	17,27
Запорізька	13,01	13,29	20,14	19,35
Івано-Франківська	14,58	14,61	20,98	19,07
Київська	12,09	12,12	20,99	20,24

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Кіровоградська	12,98	12,73	22,85	21,97
Луганська*	15,03	14,85	20,78	21,29
Львівська	13,47	13,41	17,68	17,13
Миколаївська	16,61	16,60	15,09	16,79
Одеська	13,88	13,43	18,59	20,05
Полтавська	13,12	12,68	22,52	20,49
Рівненська	12,56	13,01	16,25	16,09
Сумська	13,82	14,16	18,71	19,32
Тернопільська	11,62	11,07	14,87	14,70
Харківська	11,67	11,97	20,57	21,13
Херсонська	12,63	12,56	19,39	19,95
Хмельницька	12,62	12,61	19,72	20,97
Черкаська	13,73	13,34	23,66	23,29
Чернівецька	13,87	13,98	16,96	16,67
Чернігівська	14,24	14,06	25,95	23,31
м. Київ	14,34	13,56	19,58	19,11
Україна	13,12	12,96	19,49	19,23

Примітка: \* – дані територій, підконтрольних Україні.

Основним напрямком розвитку стаціонарної допомоги було впровадження стаціонарно-замінних видів медичної допомоги, зокрема денних стаціонарів і стаціонарів удома (табл. 4.3.12).

Таблиця 4.3.12

**Денні стаціонари та стаціонари вдома при амбулаторно-поліклінічних закладах України у 2015 р.**

Назва	Денні стаціонари при амбулаторно-поліклінічних закладах				Стаціонари вдома		
	число закладів	число ліжок		проліковано хворих		число закладів	проліковано
		усього	у т.ч. для дітей	усього	у т.ч. для дітей		
Поліклініки	91	4006	248	243933	9093	64	198592
Дитячі поліклініки	24	590	590	19762	19762	22	20078
Міські лікарні	226	8797	589	358234	23599	114	177908
Дитячі міські лікарні	31	878	870	31446	31373	17	26353
ЦРЛ і РЛ	412	11723	618	471404	24367	243	232746
ДЛ та амбулаторії	421	2380	112	104913	9326	469	104105
Пологові будинки	54	1069	10	53098	1240	2	349
Диспансери	79	1 751	40	57857	1931	7	27479
Інші заклади	553	31076	1976	1295544	90672	587	1458765
Усього	1891	62270	5053	2636191	211363	1525	2246375

Мережа закладів, в яких функціонували денні стаціонари, з кожним роком збільшувалася і налічувала у 2015 р. 1891 АПЗ (2014 р. – 1924). Зменшення закладів відбулося за рахунок денних стаціонарів в амбулаторіях, які увійшли до складу ЦПМСД як структурні підрозділи. Таким чином, 66% АПЗ мали у своєму складі денні стаціонари, в яких проліковано 2,6 млн осіб.

Число ліжок у денних стаціонарах становило 62270 (2014 р. – 61599 ліжок, 2013 р. – 71944). Показник забезпеченості ліжками денних стаціонарів на 10 тис. населення становив 14,6 проти 14,4 у 2014 р. Показник пролікованих хворих у денних стаціонарах на 10 тис. населення становив 617,8 (2014 р. – 601).

Мережа закладів, в яких функціонували стаціонари вдома, становила 1525 закладів проти 1602 у 2014 р. Проліковано 2,25 млн осіб (2014 р. – 2,20 млн осіб).

#### 4.4. Характеристика стану третинної медичної допомоги

Світова практика організації охорони здоров'я вказує на чітке розмежування ЛПЗ за рівнями надання медичної допомоги, що дає змогу наблизити ПМСД до населення, у ЗОЗ надавати медичну допомогу відповідного рівня, більш раціонально використовувати ресурси. Така організаційна структура дозволяє надавати якісну медичну допомогу відповідного рівня та скоротити госпіталізацію.

Третинна (високоспеціалізована, високотехнологічна) медична допомога передбачає високоспеціалізовані діагностичні та лікувальні медичні послуги, недоступні на рівні ПМСД і ВМД. Клінічна база закладу ТМД передбачає її використання для проведення пріоритетних наукових досліджень і до- та післядипломної підготовки медичних працівників.

Така допомога потребує висококваліфікованого обслуговування, яке має надаватися в спеціально обладнаних центрах і спеціалізованих лікарнях. Основні функції цих закладів такі: надання пацієнтам висококваліфікованої та вузькоспеціалізованої медичної допомоги та організаційно-методичне керівництво вторинним рівнем. На базі закладів третинного рівня розгорнуті клініки ВМНЗ.

Надання ТМД, як міському, так і сільському населенню, сконцентроване в спеціалізованих центрах та диспансерах загальнодержавного підпорядкування, клініках НДІ НАМН України, а також ОЛ. У деяких областях України ОЛ є найбільш багатoproфільним ЛПЗ, який призначений надавати в повному обсязі висококваліфіковану, спеціалізовану та вузькоспеціалізовану допомогу мешканцям області. ОЛ є центром організаційно-методичного управління медичними закладами області та базою спеціалізації й підвищення кваліфікації лікарів і СМП. Кожна ОЛ має у своєму складі: консультативну поліклініку, стаціонар, лікувально-профілактичні відділення, кабінети, лабораторії та інші структурні підрозділи.

Основна частка сектору ТМД представлена 278 закладами різних типів із загальним ліжковим фондом 63 398 ліжок. У цих закладах проліковано 1 833 267 хворих із середнім перебуванням хворого на ліжку 10,56 дня. Основні показники цих закладів наведені в таблиці 4.4.1.

В 24 ОЛ протягом 2015 р. проліковано 589 392 пацієнти із середнім перебуванням хворого на ліжку 10,1 дня.

Таблиця 4.4.1

Основні показники діяльності закладів третинної медичної допомоги у 2015 р.

Лікарняні заклади	Кількість закладів	Кількість ліжок	Середньо-річні ліжка	Надійшло хворих	у т.ч. сільських жителів	Проведено всіма хворими ліжко-днів	Середнє перебування хворого на ліжку
Обласні лікарні	24	18 476	18449,2	589392	241 060	5 976 322	10,1
Дитячі обласні лікарні	27	10 887	10 890,0	363479	146 568	3 420 321	9,4
Госпіталі ІВВ	29	6 477	6 504,0	122204	41 184	2 122 778	17,4
Клініки НДІ	13	2 765	2 760,0	74686	9 441	906 828	12,1
Пологові будинки	74	10 827	10 843,0	375090	73 785	2 940 513	7,8
Усі спеціалізовані лікарні	111	13 966	14 141,0	308416	64 745	4 015 751	13,2
Усього	278	63 398	63 587,2	1833267	576 775	19 362 513	10,56



У 2015 р. в Україні функціонувала 51 ОЛ: 24 ОЛ з обігом ліжка 31,9 і 27 дитячі ОЛ з обігом ліжка 33,4. Середнє число днів зайнятості ліжок в Україні в ОЛ становило 323,9 із середнім перебуванням хворого на ліжку 10,1 дня, а в дитячих ОЛ – 314 із середнім перебуванням хворого на ліжку 9,4 дня. Найвищий показник перебування хворого на ліжку в ОЛ спостерігався у Кіровоградській (11,6) та Запорізькій (11,6) областях (табл. 4.4.2).

В Україні показник забезпеченості ліжками у 2015 р. становив 72,4 на 10 тис. населення (71,9 – 2014 р.), Європейський регіон – 56,7 (2013 р.), країни СНД – 74,5 (2013 р.).

Високі показники забезпеченості ліжками на 10 тис. населення утримувалися в таких областях: Чернігівській – 105, Кіровоградській – 88,4, Сумській – 87,0, Тернопільській – 86,1, Запорізькій – 85,2, Львівській – 85,3.

Кількість ліжок порівняно з минулим роком збільшилась у цілому на 897, скорочення ліжкового фонду відбулося за рахунок закладів місцевого підпорядкування.

Таблиця 4.4.2

**Середнє перебування хворого на ліжку та обіг ліжка в обласних і дитячих обласних лікарнях у 2014–2015 рр. (на 10 тис. населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Обласні лікарні				Дитячі обласні лікарні			
	середнє перебування хворого на ліжку		обіг ліжка		середнє перебування хворого на ліжку		обіг ліжка	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
<i>Область</i>								
Вінницька	10,5	10,2	33,4	33,6	9,6	9,1	34,4	35,6
Волинська	11,1	11,2	31,9	32,3	8,6	8,5	36,6	36,3
Дніпропетровська	10,4	10,5	33,6	33,4	8,0	7,6	43,7	45,7
Житомирська	10,1	9,8	36,0	35,8	9,3	8,8	37,5	39,2
Закарпатська	8,6	8,8	37,3	36,5	12,0	11,6	27,2	28,5
Запорізька	12,0	11,6	28,4	28,9	10,5	10,5	29,3	29,5
Івано-Франківська	10,6	10,6	31,3	31,2	10,3	10,1	33,1	32,8
Київська область	9,7	9,5	35,6	35,5	9,6	9,5	35,8	35,8
Кіровоградська	11,3	11,6	31,5	29,8	9,6	9,1	36,5	32
Луганська	–	12,2	–	0,5	–	10,0	–	10,2
Львівська	10,2	9,8	34,8	33,8	9,7	9,4	36,6	37,6
Миколаївська	10,2	10,3	33,3	32,7	10,4	10,2	31,2	31,8
Одеська	9,2	9,2	37,9	38,3	10,4	10,0	29,4	30,5
Полтавська	10,6	10,3	32,3	32,3	11,7	11,8	26,6	26,6
Рівненська	11,2	11,0	32,4	33,9	9,3	8,8	33,7	33,9
Сумська	10,5	10,5	33,5	33,6	10,2	10,1	31,9	33,4
Тернопільська	10,7	10,5	32,4	32,5	9,1	8,6	36,7	38,6
Харківська	8,8	8,8	38,2	36,2	6,9	6,9	46,5	47,7
Херсонська	8,7	8,9	40,8	40,2	10,6	10,6	31,5	31,7
Хмельницька	9,2	9,0	36,3	36,5	11,4	11,4	30,3	30,5
Черкаська	10,3	10,5	33,5	32,5	9,5	9,6	34,8	35,2
Чернівецька	10,5	10,5	35,2	34,9	11,2	11,4	26,5	26,4
Чернігівська	10,7	10,9	31,6	30,6	10,1	10,3	29,5	28,8
м. Київ	–	–	–	–	10,0	9,8	30,4	31,8
Україна	10,2	10,1	34,1	31,9	9,6	9,4	33,9	33,4

Протягом 2012–2014 рр. мало місце поступове скорочення ліжкового фонду (2012 р. – 369 657 ліжок, 2013 р. – 364 241 ліжок, 2014 р. – 307 246 ліжок, 2015 р. – 308 143 ліжка). У 2015 р. кількість ліжок збільшилася на 897 од. за рахунок передачі відомчих лікарняних закладів Міністерства інфраструктури на місцеві бюджети. За 2014–2015 рр. дані по АР Крим

та м. Севастополу відсутні; у Донецькій та Луганській областях враховані дані по підконтрольних Україні територіях.

У Луганській області на територіях, підконтрольних Україні, мережа лікарняних закладів представлена: 30 лікарняними закладами із загальним ліжковим фондом у 6425 ліжок, у т.ч. 1755 ліжок, згорнутих на ремонт; 7 диспансерів із загальним ліжковим фондом у 730 ліжок, у т.ч. 465 ліжок, згорнутих на ремонт.

Серед лікарень: 5 ОЛ, у т.ч. 1 – для дорослих і 1 – для дітей (у яких розгорнутий ліжковий фонд становив 310 ліжок), 2 психіатричні із загальним ліжковим фондом у 905 ліжок та 1 фізіотерапевтична на 50 ліжок.

Рівень госпіталізації на 100 жителів становив 20,2 (2014 р. – 20,0), у Європейському регіоні – 18,05 (2013 р.), у країнах СНД – 19,02 (2014 р.). Найнижчі рівні госпіталізації відмічалися у Донецькій (7,82) та Луганській (5,86) областях.

Середнє число днів зайнятості ліжка становило 319 днів (2014 р. – 323), середнє перебування хворого на ліжку – 11,4 (2014 р. – 11,6).

Середнє перебування хворого на ліжку в ОЛ дорівнювало 10,1, а в дитячих ОЛ – 9,4, в усіх стаціонарах Європейського регіону – 8,64, країн СНД – 11,15 (2013 р.).

Укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами у 2015 р. в ОЛ дорівнювала 86%, у дитячих ОЛ – 79%, клініках НДІ – 81%. Загалом цей показник у розрізі регіонів коливався в ОЛ від 60% у Миколаївській до 108% у Закарпатській і Львівській областях (табл. 4.4.3).

Таблиця 4.4.3

Укомплектованість штатних посад лікарів у 2015 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Число посад лікарів (без зубних)								
	обласні лікарні			обласні дитячі лікарні			клініки НДІ		
	штатних	зайнятих	укомплектованість (%)	штатних	зайнятих	укомплектованість (%)	штатних	зайнятих	укомплектованість (%)
<i>Область</i>									
Вінницька	318,25	316	99	210,25	169	80	47,25	34	72
Волинська	304,00	287	94	157,75	134	85	0,00	0	0
Дніпропетровська	431,50	406	94	216,00	188	87	159,00	107	67
Житомирська	325,50	280	86	185,75	133	72	0,00	0	0
Закарпатська	177,25	191	108	168,50	144	85	0,00	0	0
Запорізька	386,75	305	79	168,00	123	73	53,50	40	75
Івано-Франківська	370,50	377	102	171,00	173	101	10,75	14	130
Київська	541,00	458	85	212,25	147	69	0,00	0	0
Кіровоградська	347,50	254	73	126,75	106	84	0,00	0	0
Луганська	463,25	29	6	157,75	34	22	0,00	0	0
Львівська	485,75	527	108	288,50	286	99	0,00	0	0
Миколаївська	247,50	149	60	192,25	120	62	0,00	0	0
Одеська	577,50	478	83	268,25	218	81	256,50	234	91
Полтавська	378,00	304	80	107,00	83	78	0,00	0	0
Рівненська	362,00	331	91	178,25	152	85	0,00	0	0
Сумська	263,00	234	89	150,75	117	78	0,00	0	0
Тернопільська	227,50	226	99	155,50	152	98	0,00	0	0
Харківська	443,00	343	77	276,00	214	78	110,00	78	71
Херсонська	279,25	226	81	183,50	128	70	0,00	0	0

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Хмельницька	307,75	286	93	70,75	57	81	0,00	0	0
Черкаська	295,00	245	83	96,50	71	74	0,00	0	0
Чернівецька	247,75	259	105	131,25	129	98	0,00	0	0
Чернігівська	192,25	168	87	160,75	111	69	0,00	0	0
м. Київ	–	–	–	–	–	–	205,00	179	87
Україна	7971,75	8419	86	4033,25	3189	79	842,00	686	81

*Примітка: обласна лікарня міста Києва підпорядковується регіональним УОЗ.*

*Надання кардіохірургічної допомоги хворим із серцево-судинними захворюваннями*

Серцево-судинні захворювання – одна із найважливіших медико-біологічних та соціальних проблем в Україні. Вони посідають перше місце у структурі хвороб, зумовлюють майже дві третини всіх випадків смерті та третину причин інвалідності. На ХСК страждає 22,6 млн населення України, без урахування окупованих територій Криму, частково Донецької та Луганської областей (за даними Центру медичної статистики МОЗ України).

Хвороби системи кровообігу серед усього населення України (за поширеністю) у 2015 р. становили 30,9% від усіх захворювань, серед дорослого населення віком від 18 років – 37,3%, серед працездатного населення – 24,2%, серед населення у віці, старшому за працездатний – 50,5%.

У структурі ХСК серед дорослого населення найбільш поширені були: ГХ (усі форми) – 46,7%, ІХС – 34,6%, ЦВХ – 11,4%.

В Україні у 2015 р. зареєстровано 42,3 тис. інфарктів, у 2014 р. – 40,9 тис. інфарктів, без урахування окупованих територій Криму, частково Донецької та Луганської областей (за даними Центру медичної статистики МОЗ України).

Показник захворюваності на ГІМ в Україні у 2015 р. становив 120,6 на 100 тис. населення (у 2014 р. – 115,9) і мав тенденцію до збільшення.

Коронарна хвороба серця є найчастішою причиною смерті у світі. Щороку від неї помирають 7 млн людей, що становить 12,8% у структурі смертності. В Європі кожен 6-й чоловік і кожна 7-ма жінка помирає від коронарної хвороби серця.

Серцево-судинні захворювання є основною причиною смертності серед населення України і складають 67,3% у структурі смертності громадян, цей показник є одним із найвищих в Європі; у структурі смертності новоутворення становлять 14%, зовнішні причини – 6%, інфекційні хвороби (СНІД, туберкульоз) – 2% тощо. Тобто 2 із 3 пацієнтів в Україні помирають від ССЗ.

Щорічно від ССЗ помирає понад 426 тис. українців, тобто в середньому щодня помирає майже 1 тис. осіб.

Одним із найважливіших компонентів серцево-судинної смертності є летальність (тобто смертність у стаціонарі) в пацієнтів із ГІМ, щодня в Україні від нього помирає 22 людини.

Показник стаціонарної летальності від ГІМ в Україні протягом останніх років залишається високим і має тенденцію до збільшення: у 2014 р. по Україні 14,24 проти 13,8 у 2013 р., що свідчить про недостатнє впровадження сучасних технологій лікування ГІМ у спеціалізованих ЗОЗ.

Життєво важливим компонентом лікування STEMІ пацієнтів є механічна (перкутанна) реперфузія, що проводиться як основний метод та може поєднуватися з попередньою фібринолітичною терапією при тривалому транспортуванні пацієнта в спеціалізований центр. Обидва методи реперфузійної терапії недостатньо впроваджені в Україні.

У країнах Європейського товариства кардіологів реперфузію отримують 81% хворих із ГКС, із них три чверті – первинне перкутанне коронарне втручання і чверть – попередню фібринолітичну терапію.

Саме тому питання організації невідкладної медичної допомоги пацієнтам із ГІМ на сучасному етапі є проблемою першочергового значення та потребує державної підтримки.

У 2015 р. в Україні зареєстровано 42,3 тис. інфарктів, майже половину цих пацієнтів госпіталізують із гострим коронарним синдромом і стійкою елевацією сегмента ST (STEMI).

Первинні коронарні втручання у STEMI пацієнтів в Україні та країнах Європейського товариства кардіологів. Середній показник первинних коронарних втручань у пацієнтів із ГІМ у Європейському товаристві кардіологів становив 373 пацієнта на 1 млн населення, у 2015 р. середній показник первинних коронарних втручань дорівнював 146 пацієнтів на 1 млн населення, у 2014 р. – 128 пацієнтів, у 2013 р. – 72.

У 2015 р. в Україні проведено близько 28 тис. коронарографій у пацієнтів із ССЗ та 10,5 тис. коронарних стентувань, з них майже 5 тис. ургентних стентувань у пацієнтів із ГІМ.

За даними Реєстру перкутанного коронарного втручання, у 2015 р. реперфузійну терапію здійснено у 47,8% пацієнтів із ГКС з елевацією ST, у 2014 р. – у 42,7%, у 2013 р. – у 23,4%.

За ініціативи МОЗ України, в країні започатковано новий проект зі створення та розвитку «Регіональних реперфузійних мереж», усередині яких буде надаватися найбільш ефективна допомога пацієнтам із ГІМ і стійкою елевацією сегмента ST (ГІМ або STEMI).

Проект спрямований на удосконалення надання невідкладної медичної допомоги хворим на ГІМ з елевацією сегмента ST, ефективної взаємодії служби ЕМД, системи кардіологічної та кардіохірургічної допомоги і сімейних лікарів.

Ініціатива впровадження проекту пояснюється низьким рівнем виявлення, діагностування та госпіталізації пацієнтів із ГІМ з елевацією сегмента ST за різними причинами.

Найбільш ефективним методом реперфузійної терапії є первинне коронарне стентування, яке використовується в менш ніж половині областей України.

Сьогодні в Україні існує 14 регіональних реперфузійних мереж, які істотно підвищують якість лікування ГІМ і забезпечують системний підхід у діагностиці та доставці пацієнтів, скорочення часу від початку симптомів до адекватної терапії, оптимізують методику реперфузійної терапії.

Найбільш вагомий внесок у реалізацію сучасної стратегії лікування ГІМ вносять Одеська, Закарпатська, Черкаська, Івано-Франківська, Вінницька, Хмельницька, Львівська та Полтавська області.

У зазначених областях проживає 35,5% населення всієї України. Результати аналізу роботи областей, включених до проекту (2014 р.) «Регіональна реперфузійна мережа в дії», дали змогу встановити наступне. У зазначених областях первинне коронарне втручання при ГІМ проведено у 21% (по Україні – 8,3%), фібриноліз – 25% (по Україні – 30,6%), усі реперфузії – 46% (по Україні – 38,9%), летальність від ГІМ – 12,8%, що нижче за показник по Україні – 13,7%.

Мета проекту: впровадження системного підходу в перкутанній реперфузійній терапії (первинне стентування) та догоспітальне застосування фібринолітиків (при тривалому транспортуванні) з подальшою перкутанною ангіопластиком інфарктної артерії, а також об'єднання ресурсів кожної області в єдину «Регіональну реперфузійну мережу» для

найбільш ефективного лікування пацієнтів із ГІМ та організація чіткої взаємодії служби ЕМД та системи кардіологічної і кардіохірургічної допомоги.

Очікується, що сформована система реперфузійної терапії пацієнтів із ГІМ дасть змогу знизити госпітальну летальність (до 5–7% у лікувальних закладах учасників проекту, в середньому по Україні даний показник у 2014 р. складав 14,24%), посилити взаємодію служби ЕМД та системи кардіологічної й кардіохірургічної допомоги населенню, наблизити доступність якісної та ефективної високоспеціалізованої медичної допомоги населенню.

Залучення сімейних лікарів у систему реабілітації та подальшого лікування пацієнтів із постінфарктним кардіосклерозом зможе забезпечити контроль за пацієнтами після реваскуляризаційних процедур і адекватну інтеграцію сімейної медицини в спеціалізовану систему ведення пацієнтів після реперфузійної терапії.

Розробка медико-технологічних документів на засадах ДМ кардіологічним хворим затверджена наказом МОЗ України від 02.07.2014 №455 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST».

На сьогодні мультидисциплінарні робочі групи активно продовжують роботу над уніфікованими клінічними протоколами: затверджені «Ішемічна хвороба серця», «Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST», на громадському обговоренні «Легенева гіпертензія», «Профілактика серцево-судинних захворювань», «Фібриляція пересердь».

#### *Сучасний стан надання кардіохірургічної допомоги в Україні*

Розрахункова потреба в операціях на серці в Україні становить 35 тис. на рік (без урахування «хірургічного боргу», який сягає 150 тис. пацієнтів).

Усього в Україні протягом 2015 р. виконано 26199 операцій, із них 4683 (20,0%) – у НІССХ імені М.М. Амосова. Дітям першого року життя проведено 889 операцій. Післяопераційна летальність дорівнювала 1,69% проти 1,52% у 2014 р. (табл. 4.4.4).

За 2015 р. в Україні виконано майже 35 тис. інтервенційних втручань. Потреба в коронарографії та стентуванні коронарних артерій в Україні – 200 тис. на рік.

Таблиця 4.4.4

#### Кардіохірургічні операції в Україні за 2014–2015 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Операції на серці								
	загальна кількість		у т.ч. дітей до 1 року		на 10 тис. населення		післяопераційна летальність, %		
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	
<i>Область</i>									
Вінницька	669	701	0	0	4,15	4,37	2,54	3,14	
Волинська	481	530	1	8	4,63	5,10	0,42	0,94	
Дніпропетровська	4004	3655	74	54	12,17	11,17	1,27	1,34	
Донецька	8	2	0	0	0,02	0,01	1 з 8	0,00	
Житомирська	159	191	0	0	1,26	1,52	1,24	2,62	
Закарпатська	288	780	0	0	2,30	6,21	2,78	1,54	
Запорізька	709	513	15	16	3,99	2,91	2,40	3,31	
Івано-Франківська	512	457	0	0	3,71	3,31	2,93	2,84	
Київська область	231	373	0	0	1,34	2,16	1,30	1,07	
Кіровоградська	193	212	0	0	1,97	2,18	1,55	3,77	
Луганська	0	2	0	0	0,00	0,03	0,00	1 з 2	
Львівська	1846	1867	7	23	7,33	7,41	2,49	2,57	

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Миколаївська	370	405	0	0	3,17	3,48	0,27	0,25
Одеська	1715	1739	63	76	7,19	7,29	2,04	2,13
Полтавська	664	783	0	0	4,58	5,43	0,45	1,28
Рівненська	396	591	0	0	3,42	5,09	2,02	1,86
Сумська	55	48	0	0	0,49	0,43	0,00	1 з 48
Тернопільська	938	1103	0	0	8,77	10,34	1,08	1,00
Харківська	337	477	0	9	1,24	1,76	1,78	2,52
Херсонська	1074	1101	0	0	10,03	10,32	0,37	0,36
Хмельницька	1129	1314	0	0	8,66	10,12	1,24	1,37
Черкаська	1053	1044	0	0	8,38	8,36	1,52	1,34
Чернівецька	11	74	0	0	0,12	0,82	1 з 11	0,00
Чернігівська	500	751	0	0	4,72	7,17	2,60	3,46
м. Київ	6340	7486	839	703	22,42	26,30	1,32	1,52
Україна	23682	26199	999	889	5,52	6,13	1,52	1,69

Таким чином, у 2015 р. виконано лише 68,0% від необхідної кількості операцій.

Асоціація серцево-судинних хірургів України об'єднує 22 центри/відділення серцево-судинної хірургії в більшості областей України (1184 ліжка).

Ішемічна хвороба серця – одна з основних причин смерті в Україні.

У США щорічно здійснюється 200 тис. операцій аортокоронарних шунтувань на 350 млн населення. В Україні, за розрахунками Асоціації ССЗ, має проводитися 25,7 тис. операцій аортокоронарних шунтувань щорічно. Фактично виконано за 2015 р. близько 3,5 тис операцій.

Щороку народжується близько 4 500 дітей із вродженими вадами серця.

У 2015 р. проведено 3780 відкритих і 779 ендovasкулярних операцій з приводу вродженої вади серця. На сьогодні в Україні виконується увесь спектр хірургічних операцій при вроджених вадах серця в дітей.

Із виконаних у 2014 р. 23 682 кардіохірургічних операцій, у т.ч. дітей до 1 року – 999, із застосуванням апарату штучного кровообігу було виконано 6164, летальність – 187 (3,0%)

У 2015 р. також виконано 8383 стентування коронарних артерій з летальністю 62 (1,0%) проти 8093 стентувань із летальністю 58 (0,71%) виконаних у 2013 р.

Усього по Україні за 2015 р. імплантовано 4 132 стимулятори.

Найбільшими кардіохірургічними центрами України є Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України (4 683 операції – 20%), Інститут серця МОЗ України (4 350 операцій – 18,0%), Науково-практичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України (2 505 – 10%), Дніпропетровський центр (1 744 операції – 7%), Львівський центр (1 701 операція – 7%), відділення при Одеській ОЛ (1 355 – 5,7%) (табл. 4.4.5).

Таблиця 4.4.5

**Серцево-судинна хірургія в Україні за 2014–2015 рр.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Імплантація кардіостимулятора		Стентування коронарних артерій		Операції зі штучним кровообігом		Ураження клапанів серця	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
<i>Область</i>								
Вінницька	260	218	379	437	0	0	0	0
Волинська	123	102	158	230	136	113	41	28
Дніпропетровська	793	633	511	510	206	182	338	70
Житомирська	65	51	83	70	0	60	0	13

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Закарпатська	138	103	0	549	56	50	22	22
Запорізька	191	187	184	127	313	186	249	42
Івано-Франківська	137	117	366	335	0	0	0	0
Київська область	34	144	192	222	0	0	0	0
Кіровоградська	75	95	97	107	0	0	0	0
Львівська	301	301	605	609	734	738	251	277
Миколаївська	112	98	209	265	0	0	0	0
Одеська	354	368	324	357	227	172	131	105
Полтавська	191	183	107	169	0	0	0	3
Рівненська	70	84	289	434	0	0	0	0
Сумська	53	47	0	0	0	0	0	0
Тернопільська	73	87	214	265	0	0	0	0
Харківська	102	134	205	315	0	0	0	0
Херсонська	101	137	203	200	20	37	10	15
Хмельницька	192	249	668	376	92	131	78	118
Черкаська	210	173	503	579	131	60	23	29
Чернівецька	10	7	0	67	0	0	0	0
Чернігівська	106	98	140	274	10	15	2	0
м. Київ	447	516	1364	1886	2918	3088	361	388
Україна	4138	4132	6801	8383	4843	4832	1506	1110

Найскладніші серцево-судинні вади лікуються в Національному інституті серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України. За 2015 р. в ньому виконано 4683 операції на серці з післяопераційною летальністю 1,3%.

Кількість імплантацій штучних водіїв ритму серця (стимуляторів) на 1 млн населення в Європі – від 113 (Румунія) до 1269 (Німеччина), а в Україні – 83 стимулятори.

В Україні у центральних та регіональних кардіологічних і кардіохірургічних центрах (відділеннях) достатньо потужностей для проведення близько 50 тис. коронарографій та 20 тис. стентувань (з них половина при ГІМ) за умов повноцінного фінансування (або забезпечення витратними матеріалами), і достатнього технічного обслуговування ангиографічної апаратури центрів (відділень).

У ряді областей України існують проблеми з надання невідкладної медичної допомоги хворим на ССЗ у зв'язку з відсутністю ангиографічного обладнання для проведення діагностичних та ендovasкулярних втручань хворим із серцево-судинною та судинно-мозковою патологією, яке відсутнє або застаріле та не дає змоги надавати допомогу хворим на сучасному рівні.

МОЗ України також інформує про підготовку спільного зі Світовим банком проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» (далі – Проект), спрямованого на підтримку реформування системи охорони здоров'я України. 4 березня 2015 р. у Вашингтоні Рада директорів банку затвердила рішення про надання Україні позики у розмірі 214,73 млн дол. США на реалізацію Проекту, який, за планами, буде впроваджуватися протягом 5 років (червень 2015 р. – вересень 2020 р.).

Основний компонент проекту спрямований на підтримку реформування охорони здоров'я у 8 обраних регіонах: Вінницькій, Волинській, Дніпропетровській, Закарпатській, Запорізькій, Львівській, Полтавській та Рівненській областях.

У рамках всезагальної пріоритетної цілі удосконалення профілактики та лікування неінфекційних хвороб та пов'язаного з цим зміцнення механізмів надання послуг в областях будуть реалізовані різні пріоритетні напрями, а саме: 1) поліпшення первинної медичної допомоги загалом; 2) боротьба із ССЗ на первинному рівні; 3) боротьба із ССЗ на

вторинному рівні; 4) раннє виявлення та лікування раку; 5) раціоналізація системи лікарень та урядування в ній.

У рамках зазначеного компоненту буде підтримано заходи щодо:

- поліпшення результатів роботи обраних ЗОЗ області з точки зору доцільності, ефективності та якості їхніх послуг;
- впровадження сучасних управлінських підходів, методів та інструментів, у т.ч. застосування сучасного медичного обладнання;
- поліпшення структури і функціональної працездатності ЗОЗ;
- підвищення потенціалу системи охорони здоров'я щодо запобігання, лікування і контролю за найбільш важливими захворюваннями, причинами смертності та інвалідності в країні.

#### *Надання медичної допомоги хворим з онкологічними захворюваннями*

Протягом останніх 10 років ЗН залишаються важливою медико-біологічною та соціально-економічною проблемою України. Тому для її вирішення, у напрямі протиракової боротьби онкологічної служби охорони здоров'я, повинна бути обов'язкова участь і підтримка державних інституцій.

У 2015 р. порівняно з 2014 р. онкологічна захворюваність населення зменшилась із 344,5 на 100 тис. населення до 313,6 на 100 тис. населення.

Показник зниження рівня захворюваності має відносне значення і пов'язане з відсутністю обліку хворих по АР Крим і м. Севастополю; у Донецькій та Луганській областях враховані дані на підконтрольних Україні територіях.

Смертність від онкологічних хвороб також знизилась: у 2015 р. показник смертності від онкологічних хвороб становив 158,1 на 100 тис. населення, у 2014 р. – 176,8.

Смертність протягом року після встановлення діагнозу онкологічного захворювання порівняно з 2014 р. знизилася на 4%.

Морфологічна верифікація діагнозу підвищилася з 83,8% у 2014 р. до 90% випадків у 2015 р.

Діагностика хвороби на I–II стадіях і за давності діагностики залишилась на тому ж рівні. Показник охоплення спеціальним лікуванням був недостатньо високим – 68,7%.

Показник хворих, які не прожили року після встановлення діагнозу, корелює з показником хворих, які не отримали спеціального протипухлинного лікування. Тому нарощування охоплення хворих спеціальними методами лікування сприятиме ще більшому зниженню рівня смертності.

Найбільший показник кількості хворих, які не прожили одного року, виявлено у пацієнтів, хворих на рак підшлункової залози – 77%, легені – 62%, шлунка – 60%.

При дослідженні вікової структури смертності відмічено 40% померлих чоловіків у працездатному віці і 20% жінок, що негативно впливає на трудовий потенціал країни.

Спеціальне лікування відсутнє у хворих на рак підшлункової залози – у 74%, рак легені – у 66%, рак шлунка – у 53%, коло ректальний рак у 30%.

У рамках Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 р., яка включає 7 завдань і 39 заходів, передбачено фінансування 3 756 115,7 тис. грн, з них із державного бюджету 3 238 663,4 тис. гривень.

Жодне із завдань не виконано на 100% через недофінансування.



Також необхідно розглянути можливі джерела фінансування та реалізації поставлених завдань у такій концепції розвитку онкологічної служби на 2017–2021 роки. Необхідно створити асоціацію онкологів України, яка буде повноправно вирішувати ряд питань, у т.ч. у напрямку прогресивного розвитку онкослужби. Завершити оформлення і затвердження національних уніфікованих протоколів та настанов з усіх онкологічних захворювань (відсутні орфанні захворювання, рак шкіри, пухлини голови та шиї деякі онкоурологічні та онкогінекологічні захворювання).

Для впровадження в Україні 7-ї класифікації TNM слід забезпечити обладнанням і реактивами гістологічні лабораторії онкологічних спеціалізованих установ, необхідних для виявлення мікрометастазів, рецепторів, мутацій, що вимагає сьогодні сучасний підхід до встановлення стадії і персоніфікованого лікування.

#### *Стан надання онкологічної допомоги населенню України*

Боротьба із ЗН донині залишається однією з найважливіших проблем охорони здоров'я України. Злоякісні новоутворення разом із ССЗ визначають рівень здоров'я популяції України, оскільки обумовлюють 12% усіх випадків смерті та 26% інвалідизації населення. Питома вага раку, як причини смерті в працездатному віці, становить 14% у чоловіків і 29% у жінок. Ризик занедужати на рак сягає 27,7% для чоловіків і 18,5% для жінок, тобто протягом 75 років життя ЗН уражують в Україні кожного 3–4-го чоловіка і 5–6-ту жінку.

За даними МОЗ України, у 2015 р. зареєстровано 134 014 нові випадки раку (313,6 на 100 тис. населення), а 67,5 тис. хворих (158,07 на 100 тис. населення) померли від цієї хвороби. Усього на диспансерному обліку перебувало 961,8 тис. онкохворих, із них понад 5 років – 60,8%.

У зв'язку подіями, які почалися в Україні у 2014 р. (анексія Криму, захоплення частини території Донецької та Луганської областей), та незважаючи на тенденцію щодо стабілізації показників захворюваності на ЗН і смертності, онкологічна ситуація в країні все ще залишається напруженою.

Захворюваність на ЗН серед населення України у 2015 р. фіксувалася майже на рівні минулого року – 313,6 на 100 тис. населення (2014 р. – 313,5 на 100 тис. населення). Проте у Дніпропетровській області зазначений показник був вищим на 2,8% (2015 р. – 373,5, 2014 р. – 363,3), у Київській – на 2,0% (2015 р. – 360,1, 2014 р. – 353,1), у Полтавській області – на 2,2% (2015 р. – 371,5, 2014 р. – 363,4), у Хмельницькій – на 5,0% (2015 р. – 371,7, 2014 р. – 351,1). Зниження захворюваності спостерігалось у Вінницькій, Закарпатській, Запорізькій, Івано-Франківській, Миколаївській, Одеській, Рівненській, Харківській та Чернігівській областях. Вищий за середньоукраїнський показник (313,6 на 100 тис. населення) відмічався в Кіровоградській (463,5), Сумській (422,4), Черкаській (389,1) та Миколаївській (379,7) областях, а також у м. Київ (378,1).

Захворюваність серед міського населення України на ЗН значно вища, ніж серед сільського населення. Так, у 2015 р. серед міського населення України вперше зареєстровано 94 043 випадки ЗН (або 319,5 на 100 тис. міського населення), а серед сільського населення – 40 061 випадок (або 300,6 на 100 тис. сільського населення).

У структурі захворюваності чоловічого населення в Україні за 2015 р. провідні 5 місць посідали: злоякісні новоутворення трахеї, бронхів, легенів (16,2%), колоректальний рак (12,4%), шкіри (10,4%), передміхурової залози (10,2%), шлунка (7,5%); у жінок –

відповідно: рак молочної залози (20,1%), шкіри (13,1%), колоректальний рак (11,5%), тіла (9,2%) та шийки матки (5,9%).

Аналіз захворюваності населення України на ЗН у різних вікових групах показав, що найвищі показники захворювання на ЗН були характерні для віку 60–80 років у чоловіків, 65–80 років у жінок.

Серед осіб 15–50 років (репродуктивний вік) показники захворюваності були дещо вищими в жінок, ніж у чоловіків. У решті вікових груп (до 15 років і після 50 років) – навпаки. Особливо значна різниця спостерігалася у віці від 60 років – показники захворюваності в чоловіків вищі більш ніж у 2 рази.

Дитяче населення у віці 0–17 років значно рідше уражається онкологічною патологією. У 2015 р. в Україні виявлено 1006 випадків онкологічних захворювань серед них, що становило 13,2 на 100 тис. дитячого населення.

Захворюваність дітей на онкологічну патологію мала ряд особливостей порівняно із загальною онкологічною захворюваністю. Це виявлялося як у віковій структурі хворих, так і в структурі захворювань. Найвищі показники дитячої онкологічної захворюваності були характерними для вікової групи дітей – від 1 року до 4 років включно. Далі відмічалася поступове зниження рівня показників, причому у 10–14-річних показники були майже у 2 рази нижчими за аналогічні в дітей віком 1–4 роки.

У структурі ЗН у дітей віком 0–17 років перше місце посідали лейкози (21,0%), друге – лімфоми (13,8%), третє – ЗН інших та не уточнених відділів нервової системи (12,7%), четверте місце розділили ЗН нирок і кісток та суглобових хрящів (6,1%), п'яте місце належало ЗН сполучної та інших тканин (3,8%).

Найбільш високі темпи приросту були характерними для захворюваності на рак передміхурової залози, прямої і ободової кишки, молочної залози, тіла матки, щитовидної залози. Збільшення показників відзначалося також для раку шийки матки, сечового міхура, нирки, неходжкінських лімфом.

Ефективність протиракової боротьби насамперед залежить від організації роботи щодо профілактики онкологічних захворювань, відновлення ефективної системи профілактичних оглядів і диспансеризації пацієнтів із передпухлинними захворюваннями, запровадження програм скринінгу молочної залози, шийки матки тощо, спрямування коштів, які виділяються на боротьбу з раком на конкретного пацієнта.

Таким чином, раннє виявлення пухлини – це основа успіху в лікуванні онкологічного хворого й забезпечення йому достойної якості та довготривалості життя. Першочергова роль у вирішенні цього завдання належить загальнолікарняній мережі охорони здоров'я, але для налагодження чіткої роботи в цьому напрямку існує ряд проблем.

Мережа онкологічних ЗОЗ станом на 31.12.2015 р. була представлена 31 онкологічним диспансером, 2 онкологічними лікарнями та Національним інститутом раку. Крім того, у загальнолікувальній мережі функціонувало 606 закладів, які мали онкологічні відділення (кабінети), 48 закладів, які мали радіологічні (променевої терапії) відділення, 868 закладів, які мали ендоскопічні відділення (кабінети), 1286 кабінетів УЗД, 1011 оглядових кабінетів.

Кількість онкологічних ліжок у закладах системи МОЗ України у 2015 р. дорівнювала 8 502 (2014 р. – 8087), у т.ч. 8210 – для дорослих, 292 – для дітей. Забезпеченість дорівнювала відповідно 1,93 на 10 тис. дорослого населення та 0,38 на 10 тис. дитячого населення. Кількість радіологічних та рентгенологічних ліжок становила 2 179, або 0,5 на

10 тис. усього населення. Усього лікування онкологічних хворих у 2015 р. здійснювалося на 8 502 ліжках, при цьому їх забезпеченість на 10 тис. населення складала 2,0. В онкологічних диспансерах було розгорнуто 8 587 ліжок, у т.ч. 6 364 – для дорослих, 30 – для дітей, 1 889 радіологічних і рентгенологічних ліжок та 280 гематологічних ліжок. На онкологічних ліжках у 303 проліковано 268 105 дорослих і 6 619 дітей, на радіологічних та рентгенологічних ліжках – 34 800 хворих, у т.ч. 35 дітей.

У 2015 р. в Україні середнє число днів роботи онкологічного ліжка для дорослих становило в середньому 353 дні. З перевантаженням працювали ліжка в Кіровоградській (391 день) і Чернівецькій (387 днів) областях, із недовантаженням – у Закарпатській (306), Івано-Франківській (298) та Полтавській (295 днів) областях. Середня тривалість перебування хворого на онкологічному ліжку для дорослих в Україні складала 10,3 дня. Найменша тривалість лікування спостерігалася в Харківській області (7,11 дня) та Закарпатській області (8,74 дня). Вищий показник перебування хворого на ліжку мав місце у Сумській (12,19 дня), Запорізькій (12,66 дня) та Чернігівській (13,05 дня) областях.

Показник летальності на онкологічних ліжках становив у середньому 0,58%, однак він залишався значно вищим у м. Києві – 1,08%.

У 2015 р. в системі онкологічної служби України працювали 1 682 лікарі-онкологи (0,39 на 10 тис. населення), зокрема, у Житомирській та Миколаївській областях – 0,29, Закарпатській – 0,30, Чернігівській – 0,31, Тернопільській – 0,55, Чернівецькій – 0,66. Укомплектованість штатних посад лікарів-онкологів фізичними особами у 303 України становила 78,5%. Розглядаючи питання кваліфікації лікарів, слід зазначити, що у 2015 р. із загальної кількості онкологів пройшли атестацію 73,4% (у 2014 р. – 82,4%), при цьому вищу та першу кваліфікаційні категорії мали 1 026 лікарів, або 82,9% від усіх атестованих.

Ендоскопічна служба в Україні за 2015 р. була представлена 868 закладами, які мали ендоскопічні відділення (кабінети) (2014 р. – 840). Ендоскопічні відділення (кабінети) обладнані 3 465 ендоскопічними апаратами, з них 2 578 діючих, у т.ч. 2 099 гастродуоденоскопів, 138 дуоденоскопів, 557 бронхоскопів, 670 колоноскопів. Найбільшу питому вагу серед ендоскопічних досліджень (1 631 161) мали гастродуоденоскопії (1 365 084) – 83,7% від усіх досліджень, далі – колоноскопії (130 949) – 8,0%, бронхоскопії (118 069) – 7,2%.

Кількість закладів, що мали цитологічні лабораторії в Україні, у 2015 р. становила 37 од., у них виконано 14 531 869 цитологічних досліджень, що дорівнювало 3 398,5 на 10 тис. населення (у 2014 р. – 36 лабораторій виконали 15 189 963 дослідження, або 3 540,5 на 10 тис. населення).

Якість онкологічної допомоги населенню України оцінюється за показниками: занедбаність злякисного процесу (III–IV стадія), летальність до року, морфологічна верифікація захворювання та охоплення спеціальним лікуванням.

У 2015 р. рівень морфологічної верифікації діагнозу становив 84,0%, коливання показника перебувало в межах від 75,4% у Донецькій до 91,9% у м. Києві. Найвищий рівень морфологічного підтвердження мали пухлини візуальних локалізацій – губи (96,5%), шкіри (97,7%), шийки матки (98,8%), щитовидної залози (98,7%) і гемобластози (до 100%), найнижчий – при ЗН легені (60,5%), а в окремих областях цей показник не перевищує 45% – Рівненська (35,7%) і Харківська (44,9%) області.

На профоглядах у 2015 р. виявлено 29,1% онкологічних хворих (від 18,8% у Дніпропетровській області до 58,2% у м. Києві). Слід зазначити, що навіть при візуальних локалізаціях пухлин виявлення їх на профоглядах було незадовільним. При виявленні в Україні на профоглядах 52,4% первинних хворих на рак шийки матки цей показник у Чернігівській області становив 23,0%, у Дніпропетровській – 35,9% Івано-Франківській – 39,9%. Суттєвого поліпшення потребувало виявлення на профоглядах раку передміхурової залози, показник якого в Україні становив лише 22,7%, а в Дніпропетровській, Житомирській, Закарпатській, Львівській та Хмельницькій областях він не досягнув навіть 10,0%. Залишалася актуальною проблема своєчасного виявлення раку щитовидної залози – 55,3% (у Закарпатській – 7,7%, Івано-Франківській – 14,0%).

Показник летальності до року пересічно по Україні становив 26,9% (від 20,9% в Одеській до 31,9% у Чернівецькій області). Навіть при візуальних локалізаціях цей показник залишався високим – при ЗН молочної залози (8,0%), шийки матки (13,4%), передміхурової залози (13,4%), прямої кишки (25,0%).

Спеціальне лікування отримували 68,5% первинних хворих, при цьому цей показник коливався від 58,1% у Запорізькій до 75,7% у м. Києві, тобто в більшості областей України до 30,0% хворих на рак не отримували спеціального лікування, що, безсумнівно, скорочує тривалість життя онкологічних хворих. Водночас хворі на ЗН шлунка охоплені спеціальним лікуванням у 45,0% випадків (від 30,0% у Запорізькій до 54,6% випадків у Хмельницькій областях); при ЗН легені спеціальне лікування отримували лише 41,4% хворих (від 30,6% у Закарпатській до 53,9% в Одеській областях); при ЗН молочної залози спеціальним лікуванням охоплені 81,7% первинних хворих (від 69,4% в Івано-Франківській до 91,8% у Тернопільській області); при ЗН жіночих репродуктивних органів показник охоплення спеціальним лікуванням залишався досить високим (80,4–83,5%). Спеціальне лікування отримували 74,6% хворих на рак передміхурової залози (від 51,9% у Рівненській до 96,3% у Сумській області). Охоплення спеціальним лікуванням хворих на лейкемії складало 67,4% (від 19,3% у Запорізькій до 91,8% у Вінницькій області).

У міжнародному досвіді для оцінки ефективності протиракової боротьби в якості інтегрального критерію використовується показник 5-річної популяційної виживаності хворих. За оцінками ВООЗ, скринінгові програми доцільно впроваджувати при ЗН шийки матки, молочної залози, передміхурової залози та товстої кишки, для яких обчислюється показник 5-річної виживаності.

У 2015 р. показник 5-річної виживаності хворих на рак шийки матки в Україні становив 56,8% (від 37,7% у Чернівецькій до 72,8% у Волинській області), а в країнах ЄС – 65,4%.

5-річна виживаність хворих на рак молочної залози в Україні дорівнювала 60,6% (від 47,7% у Рівненській до 72,2% у м. Києві), у країнах Європи – 83,8%; передміхурової залози – відповідно 51,9% (від 69,1% у Рівненській області до 71,7% у м. Києві) та 84,0%; на колоректальний рак – відповідно 35,3% у чоловіків і 36,4% у жінок (від 16,2% та 18,6% у Рівненській до 41,5% та 43,0% у м. Київ) та 55,1% і 55,4%.

Аналіз стану організації протиракової боротьби в Україні свідчить про те, що ця проблема залишається актуальною для охорони здоров'я України, а її вирішення залежить як від поліпшення стану оснащення ЗОЗ сучасними апаратурою та обладнанням, так і підвищення рівня професійної підготовки з питань онкології медичних працівників ЗОЗ усіх рівнів. Значною мірою подолання цих проблем залежить від реалізації Закону України «Про

затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», затвердженої Президентом України 23.12.2009 №1794-VI.

Даний Закон передбачає: виділення коштів із державного бюджету для запровадження скринінгових програм; створення мережі мамологічних кабінетів та кабінетів патології шийки матки; створення на базі Національного інституту раку центру репродуктивного здоров'я; закупівлю мобільних мамологічних комплексів для оснащення сучасною апаратурою та забезпечення її технічним супроводом; підвищення рівня інформаційного забезпечення онкологічної служби. Проте дотепер фінансування на забезпечення перелічених заходів у межах зазначеного закону не проводиться.

### *Шляхи вирішення актуальних проблем в онкології:*

#### *1. У правовій сфері:*

- затвердження Концепції державної підтримки онкологічних хворих і створення відповідної законодавчої бази;
- дотримання сучасних національних нормативів і стандартів медичної допомоги хворим на ЗН та їх періодичне поновлення;
- забезпечення конституційного права онкологічного хворого на отримання ефективного, адекватного спеціального лікування згідно із затвердженими національними стандартами;
- окреслення межі відповідальності лікарів за допущені випадки занедбаності раку (передусім візуальних локалізацій) і застосування неадекватних методів лікування, що спричинили шкоду здоров'ю пацієнта.

#### *2. В економічній сфері:*

- визначення обсягів і джерел фінансування заходів із забезпеченням державних нормативів та стандартів медичної допомоги хворим на ЗН;
- розробка екологічно обґрунтованих нормативів канцерогенного навантаження на людину.

#### *3. У галузі діагностики раку:*

- забезпечення онкологічних закладів сучасним діагностичним обладнанням для уточнюючої та диференціальної діагностики ЗН: рентгендіагностичними апаратами, мамографами, комп'ютерними томографами, УЗД-апаратами, ендоскопами, матеріалами та обладнанням для виконання морфологічних досліджень із залученням державних коштів, місцевого бюджету та позабюджетних асигнувань.

#### *4. У галузі лікування онкологічних хворих:*

- періодичне поновлення стандартів діагностики та лікування онкологічних хворих, для чого за поданням Національного інституту раку створені та затверджені наказом МОЗ України постійно діючі робочі групи;
- матеріально-технічне забезпечення додержання стандартів діагностики та лікування онкологічних хворих: хіміотерапевтичними препаратами, фармацевтичними препаратами, препаратами супроводу тощо;
- виконання рекомендацій ВООЗ для країн із перехідною економікою щодо виготовлення і використання генеричних форм хіміопрепаратів для лікування онкологічних хворих;

– постійний контроль із боку Національного інституту раку за додержанням стандартів діагностики та лікування онкологічних хворих у регіонах України при виїздах комплексних бригад провідних фахівців галузі.

*5. У галузі організації онкологічної допомоги:*

– забезпечення конституційного права онкологічного хворого на отримання ефективного, адекватного спеціального лікування згідно із затвердженими Державними стандартами (із застосуванням хірургічного, хіміотерапевтичного та променевого методів), що можливе лише на базі спеціалізованих онкологічних закладів; доведення рівня забезпечення онкологічними ліжками не нижче 123,3 на 1000 первинних хворих;

– впровадження сучасних скринінгових програм для своєчасного виявлення пухлин візуальних локалізацій: раку шийки матки, молочної залози, колоректального раку та передміхурової залози;

– проведення постійного моніторингу рівня ураження населення України ЗН на базі Національного канцер-реєстру з метою визначення пріоритетних напрямків розвитку онкологічної допомоги населенню;

– впровадження сучасних інформаційних технологій для оцінки діяльності онкологічних закладів та визначення ефективності лікування хворих, а за інтегральний показник запропонувати показник одно- та п'ятирічної виживаності хворих.

*6. У галузі наукових досліджень і підготовки кадрів:*

– при плануванні НДР пріоритетними вважати дослідження, спрямовані на вирішення першочергових завдань практичної онкології, вивчення та прогнозування онкоепідеміологічної ситуації в Україні;

– удосконалення навчальних програм і програм підвищення кваліфікації з онкології працівників ЛПЗ, ЛЗПСЛ, медичних працівників АПЗ, які надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу.

Вищезазначені проблеми свідчать про нагальну необхідність реформування медичної допомоги населенню, у т.ч. хворим на рак, для чого слід об'єднати зусилля не тільки онкологічних, але й усіх ЛПЗ, установ і закладів галузей фінансів та економіки, науки, освіти, культури, ЗМІ. Управління системою онкологічної допомоги має максимально використовувати вітчизняний досвід, набутий охороною здоров'я України.

#### **4.5. Характеристика діяльності служби надання медичної допомоги матері та дитині**

##### ***4.5.1. Ресурсне забезпечення служби охорони здоров'я матері і дитини***

Охорона здоров'я матері і дитини в Україні – це система державних і громадських профілактичних та лікувальних заходів, які забезпечують попередження і лікування захворювань у жінок, антенатальну охорону плода, профілактику захворювань дитини, її всебічний фізичний і розумовий розвиток та зміцнення здоров'я.

Створення умов для зростання рівня народжуваності, охорони материнства і дитинства, зміцнення інституту сім'ї – це пріоритетні соціальні завдання в Україні. Вони мають ключове значення для сьогодення і майбутнього нашої держави і потребують системної узгодженої роботи як органів влади усіх рівнів, так і громадянського суспільства, роботи, яка повинна мати єдині цілі і чіткі та зрозумілі критерії їх досягнення.

Глибока соціально-економічна криза, яка охопила всі галузі економіки і сфери людського буття в Україні, тривалі воєнні дії обумовили значні незворотні демографічні втрати. Погіршення кількісних і, особливо, якісних показників відтворення населення набуло характеру стійкої тенденції. Помітно погіршилося соціальне становище матерів і дітей – майбутнього нашої країни. Тому якщо протягом багатьох століть піклування про здоров'я матерів і дітей розглядалось як особиста проблема, то у ХХ ст. воно було поставлено в основу суспільних інтересів людства. Так, проблеми здоров'я матері та дитини визначені одним із пріоритетів громадської охорони здоров'я. На початку ХХІ ст. ці проблеми були включені ООН у «Цілі розвитку тисячоліття».

Концептуальні основи реформування служби охорони матерів і дітей в Україні, як складової сфери охорони здоров'я, передбачають удосконалення нормативно-правових засад охорони материнства і дитинства, переорієнтацію амбулаторної ланки служби на ПМСД на засадах ЗПСМ, підвищення її якості та доступності, подальший розвиток служб репродуктивного здоров'я, удосконалення структури родопомічних і дитячих закладів та першочергове оснащення їх лікувально-діагностичною апаратурою, регіоналізацію перинатальної допомоги, впровадження у діяльність закладів служби сучасних медико-організаційних технологій і систем, які сприятимуть забезпеченню народження здорових дітей, збереженню та зміцненню здоров'я жінок і дітей.

Існуюча в Україні мережа ЗОЗ, які надають лікувально-профілактичну допомогу жінкам і дітям, у цілому достатня для надання їм медичної допомоги на всіх трьох рівнях. До складу закладів акушерсько-гінекологічної служби входять 74 пологові будинки, у яких функціонує 72 жіночі консультації. Крім того, 342 ЗОЗ мають жіночі консультації, 917 – акушерсько-гінекологічні кабінети, 1011 – оглядові кабінети, 81 – планування сім'ї та репродукції особи, 73 – медико-генетичні консультації. Мережа ЗОЗ, які надають медичну допомогу дітям, включає Українську спеціалізовану лікарню «ОХМАТДИТ» та 27 обласних дитячих лікарень, 60 дитячих міських, 4 інфекційні і 2 туберкульозні лікарні для дітей, 39 будинків дитини. У 2015 р. в усіх стаціонарах країни налічувалось 43755 ліжок для дітей, 18306 ліжок для вагітних та родиль і 15177 – для гінекологічних хворих.

У 2015 р., як і в попередні роки, в службі охорони материнства і дитинства продовжувалися структурні зміни. Вони, безумовно, пов'язані із соціально-економічними процесами і диктувалися демографічною ситуацією. Водночас ці зміни здебільшого визначалися основними напрямками реформування сфери охорони здоров'я та заходами державних програм стосовно охорони материнства і дитинства. З 2009 р. скорочено 135 жіночих консультацій, 273 акушерсько-гінекологічні кабінети, 1127 оглядових кабінетів, 26 відділень (кабінетів) планування сім'ї та репродукції людини, 23 медико-генетичні кабінети (табл. 4.5.1).

Останніми роками зафіксовано зміни кількості родильних ліжок як у зв'язку з демографічною ситуацією, так і відповідно до принципів регіоналізації перинатальної допомоги стосовно скорочення пологових відділень із кількістю пологів на рік менше 400 як таких, що не можуть забезпечити безпечні пологи. Чисельність їх зменшилась із 22,3 у 2011 р. до 18,3 тис. у 2015 р. і наразі в середньому на 1000 пологів припадає 46,1 родильного ліжка, а на 1000 жінок фертильного віку – 1,74. У 2015 р. висока забезпеченість ліжками (понад 52,0 на 1000 пологів при понад 2,00 на 1000 жінок фертильного віку) утримувалася у Кіровоградській, Рівненській, Тернопільській областях. Адекватне співвідношення

забезпеченості ліжками відповідно до кількості пологів та числа жінок фертильного віку спостерігалось лише у м. Києві (26,9 та 1,18) і Закарпатській (34,3 та 1,77) області.

Таблиця 4.5.1

**Динаміка мережі закладів охорони здоров'я, що надають акушерсько-гінекологічну допомогу, за 2011–2015 рр.**

Рік	Пологові будинки			Відділення (кабінети) в АПЗ			
	усього	у них жіночих консультацій	жіночі консультації	акушерсько-гінекологічні	оглядові	планування сім'ї та репродукції людини	медико-генетичні
2011	88	87	462	1190	2138	107	96
2012	86	86	443	1171	1979	103	94
2013	88	85	417	1029	1228	98	90
2014	74	73	340	885	1040	83	76
2015	74	72	342	917	1011	81	73

Кількість гінекологічних ліжок за останні п'ять років зменшилася з 19,3 тис. до 15,2 тис., забезпеченість ними у 2015 р. становила 3,36 при орієнтовному нормативі 4,50 на 10 тис. населення.

Реформування сфери охорони здоров'я в цілому, впровадження трирівневої системи медичної допомоги населенню, переорієнтація на ПМСД з організацією ЦПМСД на тлі зменшення чисельності дитячого населення сприяли скороченню за 2011–2015 рр. кількості самостійних дитячих поліклінік із 57 у 2011 р. до 29 у 2015 р., дитячих міських лікарень (з 92 до 60), дитячих інфекційних лікарень (з 6 до 4), дитячих туберкульозних лікарень (з 3 до 2), будинків дитини (з 47 до 39), а також структурних підрозділів ЗОЗ – ортопедо-травматологічних кабінетів, дитячих відділень (кабінетів), кабінетів лікувальної фізкультури в АПЗ, дитячих міських лікарень і дитячих санаторіїв (табл. 4.5.2).

Структурна перебудова на первинному рівні полягає у створенні різних закладів і структурних підрозділів ПМСД, зокрема ЦПМСД, АЗПСМ, відділень та дільниць ЗПСМ у складі ДЛ, РЛ, ЦРЛ, поліклінік. За даними моніторингу розвитку сімейної медицини, в Україні кількість закладів і структурних підрозділів ЗПСМ у 2015 р. становила 5891, а штатних посад ЛЗПСЛ – 18685,91.

Таблиця 4.5.2

**Динаміка мережі закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу дитячому населенню, за 2011–2015 рр.**

Заклад	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2015
Самостійні дитячі поліклініки	57	51	32	29	28 (+1КДЦ)
– інфекційні кабінети для дітей	295	285	253	210	204
– ортопедо-травматологічні кабінети для дітей	311	290	251	204	216
– дитячі відділення (кабінети)	2121	1986	1349	1053	1044
– кабінети лікувальної фізкультури для дітей	311	291	247	213	218
Дитячі обласні лікарні	29	29	29	27	28
Дитячі міські лікарні	92	89	88	59	60



Дитячі інфекційні лікарні	6	6	6	4	4
Дитячі туберкульозні лікарні	3	3	3	2	2
Будинки дитини	47	44	44	39	39

Паралельно зі зміною мережі АПЗ та їхніх структурних підрозділів продовжувалася реструктуризація ліжкового фонду для дітей. Основні зміни кількості та структури ліжкового фонду для дітей відбулися переважно у 1991–1997 роках. За цей період скорочено 30342 ліжка, переважно за рахунок зменшення педіатричних соматичних (19269), інфекційних (7345), психіатричних (1003), отоларингологічних (883) ліжок. Забезпеченість ліжками дитячого населення зменшилася до 64,9, що відповідало тимчасовим орієнтовним нормативам у стаціонарній медичній допомозі дітям.

У подальшому кількість ліжок для дітей і забезпеченість ними були приведені до орієнтовного, регламентованої наказом МОЗ України № 74/98, нормативного забезпечення дитячого населення стаціонарною допомогою. Ідеологія їх розробки будувалася з розрахунку на максимальне охоплення хворих дітей, особливо раннього віку, стаціонарною допомогою. Згідно з цими нормативами, рекомендовано мати 64,5 дитячого ліжка на 10 тис. дітей. За цей період ліжковий фонд для дітей реструктуризовано з урахуванням як орієнтовних нормативів забезпечення дитячого населення стаціонарною допомогою, так і забезпечення гарантованого обсягу госпіталізації дітей за рівнями лікарняних закладів.

Реструктуризація ліжкового фонду для дітей здійснювалась відповідно до потреби в госпіталізації переважно за 1991–2010 рр., коли кількість соматичних ліжок зменшилася у 2,1 разу, інфекційних – у 1,9, спеціалізованих – у 1,4 разу. Упродовж останніх п'яти років закріплена тенденція скорочення ліжкового фонду для дітей та забезпеченості ліжками (рис. 4.5.1).

За період 2011–2015 рр. скорочено 8687 дитячих ліжок і у 2015 р. в усіх стаціонарах країни налічувалось 43756 ліжок для дітей. Забезпеченість дитячого населення стаціонарними ліжками зменшилася з 65,53 на 10 тис. дитячого населення у 2011 р. до 57,46 у 2015 р. за рахунок незначного зменшення забезпеченості дітей інфекційними (13,48 на 10 тис. дітей у 2011 р. і 11,14 у 2015 р.) соматичними (24,97–22,51) і спеціалізованими (27,08–23,44 відповідно) ліжками. За даними спеціального аналізу, кількість дитячих ліжок зменшилася за рахунок закриття малопотужних міських дитячих лікарень, кількість яких скоротилася з 92 до 66,2 дитячих інфекційних лікарень та однієї дитячої туберкульозної лікарні.

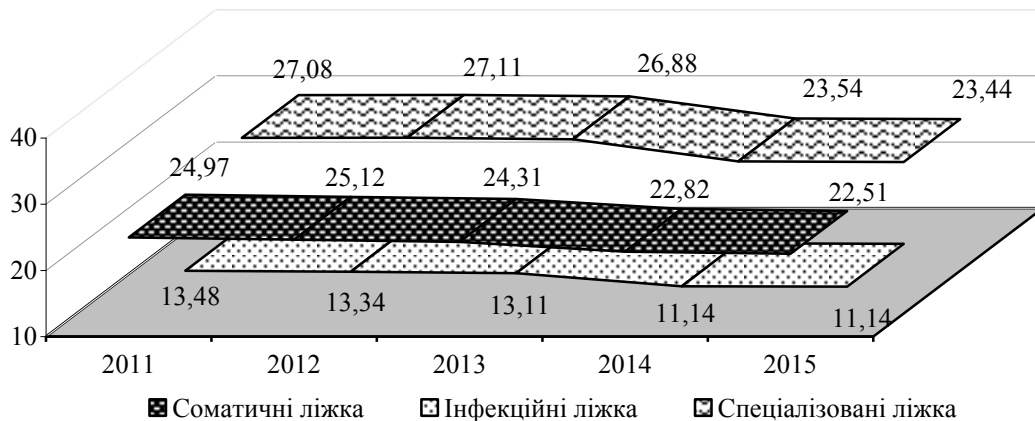


Рис. 4.5.1. Динаміка реструктуризації ліжкового фонду для дітей в Україні за 2011–2015 рр. (на 10 тис. дітей віком 0–17 років)

Як і в попередні роки, у 2015 р. забезпеченість дитячими лікарняними ліжками мала територіальні відмінності і коливалася від 96,5 на 10 тис. дітей у Луганській, 80,12 у Чернігівській 77,11 у Запорізькій, 72,77 у Сумській областях, 72,97 у м. Києві до менше 50,0 у Волинській, Закарпатській і Рівненській областях.

Однією з важливих складових діяльності охорони здоров'я є кадрове забезпечення галузі. Незважаючи на зменшення кількості жіночого населення в Україні, число акушерів-гінекологів майже не змінилося – 12,29 тис. у 2011 р. і 10,49 тис. у 2015 р., без акушерів-гінекологів АР Крим і Севастополя, а забезпеченість ними була на рівні 5,0–4,57 на 10 тис. жіночого населення. Як і в попередні роки, у 2015 р. забезпеченість жіночого населення акушерами-гінекологами коливалася від 6,79–6,32 у м. Києві, Івано-Франківській, Львівській, Чернівецькій областях до 4,00 і менше у Кіровоградській, Миколаївській і Чернігівській областях (рис. 4.5.2).

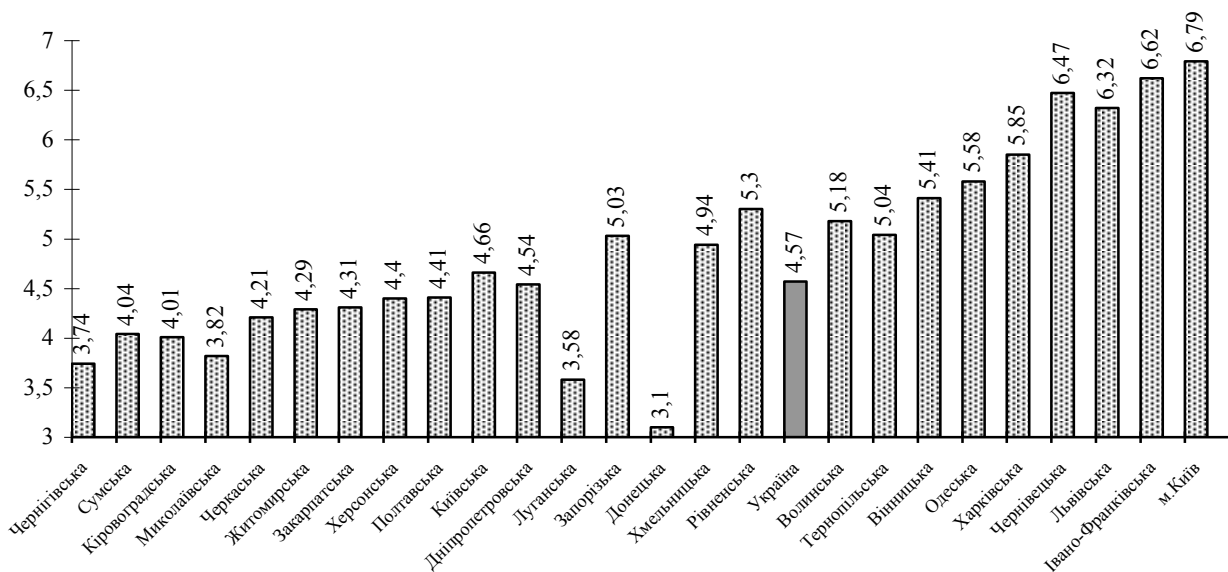


Рис. 4.5.2. Забезпеченість населення акушерами-гінекологами (на 10 тис. жіночого населення) у 2015 р.

Переорієнтація сфери охорони здоров'я на засади сімейної медицини сприяла зменшенню загальної кількості педіатрів із 12,15 тис. у 2011 р. до 9,23 у 2015 р., а забезпеченості ними – з 1,52 до 1,22 на 1000 дитячого населення відповідно. Як і в минулі роки, у 2013 р. діапазон коливань забезпеченості дитячого населення педіатрами був від 2,1 у м. Києві, 1,9 у Запорізькій, 1,78 у Харківській до 0,66 у Закарпатській, 0,91 у Волинській, 0,94 у Донецькій, 0,94 у Миколаївській областях (рис. 4.5.3).

Відповідно до Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», переорієнтація галузі охорони здоров'я мала проводитися повсюдно. Внаслідок проведення реформи кількість дільничних педіатрів міських зменшилася з 4,8 тис. у 2011 р. до 3,7 тис. у 2015 р., а забезпеченість ними – з 9,3 до 4,9 на 10 тис. дітей (табл. 4.5.3).

У 2015 р. порівняно з 2014 р. чисельність педіатрів і забезпеченість ними знизилася в усіх регіонах. Більш інтенсивний темп убутку педіатрів виявлено у Вінницькій (у 4,1 разу) та Закарпатській (у 6,5 разу) областях. На жаль, дані державної статистики не дають змоги оцінити фактичну забезпеченість дитячого населення медичними кадрами для надання ПМСД.

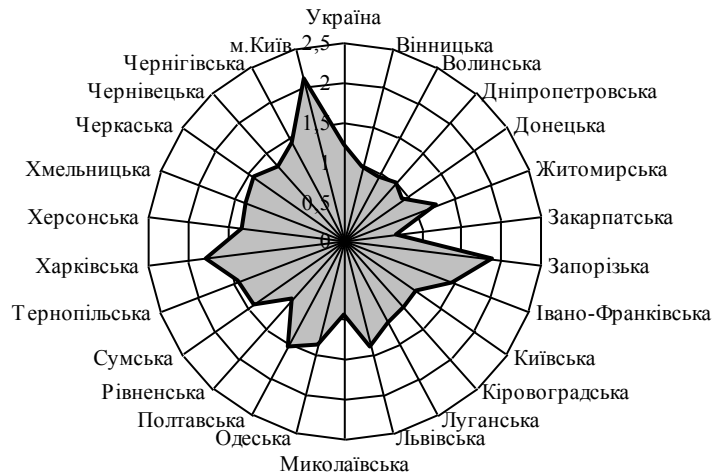


Рис. 4.5.3. Забезпеченість дитячого населення педіатрами у 2015 р. (на 1000 дитячого населення)

Таблиця 4.5.3

Динаміка чисельності дільничних педіатрів та забезпеченості ними дитячого населення за 2011–2015 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Абсолютне число					Забезпеченість на 10 тис. міського дитячого населення (0–17 років)				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
АР Крим	207	213	198	-	-	10,50	6,30	5,80	-	-
Вінницька	97	83	73	49	48	6,50	2,80	2,50	1,70	1,6
Волинська	107	105	104	100	101	9,70	4,50	4,40	4,20	4,2
Дніпропетровська	32	321	189	145	160	0,70	5,80	3,40	2,60	2,8
Донецька	545	478	436	160	148	9,20	7,20	6,60	2,40	4,8
Житомирська	132	133	127	125	126	9,40	5,40	5,20	5,10	5,2
Закарпатська	62	61	33	33	37	6,20	2,10	1,20	1,10	1,3
Запорізька	230	236	220	201	203	10,80	8,20	7,60	6,90	7,0
Івано-Франківська	189	193	219	194	193	16,30	6,80	7,80	6,90	6,9
Київська	192	190	165	176	177	10,30	6,20	5,40	5,70	5,6
Кіровоградська	93	93	84	90	96	9,10	5,40	4,90	5,30	5,6
Луганська	313	308	285	76	61	10,80	9,20	8,50	2,30	5,5
Львівська	278	255	236	214	220	9,90	5,30	4,90	4,40	4,6
Миколаївська	101	89	75	69	70	7,70	4,30	3,60	3,30	3,4
Одеська	280	266	238	228	240	10,90	6,10	5,40	5,10	5,3
Полтавська	155	149	151	148	141	10,80	6,20	6,40	6,30	6,0
Рівненська	121	123	115	115	115	10,70	4,50	4,20	4,20	4,2
Сумська	99	103	103	98	109	8,10	5,70	5,80	5,60	6,2
Тернопільська	134	137	116	110	115	14,90	6,60	5,60	5,40	5,7
Харківська	269	284	279	282	283	8,30	6,90	6,70	6,70	6,7
Херсонська	110	107	102	97	97	9,70	5,40	5,20	4,90	4,9
Хмельницька	179	181	191	183	175	13,30	7,50	7,90	7,60	7,3
Черкаська	130	129	122	125	126	11,10	6,10	5,80	6,0	6,1
Чернівецька	55	52	52	49	48	7,90	2,80	2,80	2,70	2,6
Чернігівська	103	106	108	104	106	9,40	6,20	6,40	6,20	6,4
м. Київ	512	495	503	513	504	11,50	10,90	10,70	10,6	10,2
м. Севастополь	52	56	53	-	-	9,30	9,10	8,40	-	-
Україна	4777	4946	4577	3684	3 699	9,30	6,2	5,70	4,9	4,9

Якщо до 2007 р. зменшення чисельності педіатрів супроводжувалося зростанням кількості спеціалістів педіатричного профілю, то останніми роками кількість «вузьких» спеціалістів скоротилася. Вірогідними причинами є: штучна заборона прийому на роботу молодих фахівців на вакансії, зайняті сумісниками; висока міра спеціалізації, при якій молодий

фахівець не завжди може виявити свої інститутські знання; рівень заробітної плати, що не дає змоги керівникові ЗОЗ зацікавити висококваліфікованих фахівців. За цей період збільшилася лише кількість дитячих нейрохірургів, анестезіологів, інфекціоністів, педіатрів-неонатологів.

При цьому обсяги державного замовлення на підготовку дитячих лікарів враховують майбутню потребу в цих лікарях, які з 2020 р. працюватимуть лікарями-консультантами (орієнтовно на два сімейні лікарі планується до однієї посади педіатра) та наявну мережу стаціонарних ЗОЗ (дитячі ОЛ і МЛ, пологові будинки, перинатальні центри, ЦПМСД тощо).

Загально визнано, що сьогодні кадровий дефіцит в Україні викликаний міграційними процесами, зростаючою соціальною мобільністю медиків, рівнем заробітної плати, що не задовольняє спеціалістів, відсутністю достатнього обсягу програм соціального захисту медпрацівників. Кадровий дефіцит має високий рівень територіальної диспропорції. Педіатричні спеціальності сьогодні входять до групи високого кадрового дефіциту.

Професійний рівень спеціалістів служби охорони здоров'я матері і дитини останніми роками був достатнім, на що вказали дані атестації. Так, частка атестованих акушерів-гінекологів за останні п'ять років була на рівні 81,20–83,20%. При цьому діапазон коливань частки атестованих акушерів-гінекологів порівняно з минулими роками зменшився і у 2015 р. становив від 88,89% у Херсонській, 87,45 у Миколаївській, 86,33 у Львівській областях до 71,35% у м. Києві, 73,17% у Сумській області (рис. 4.5.4).

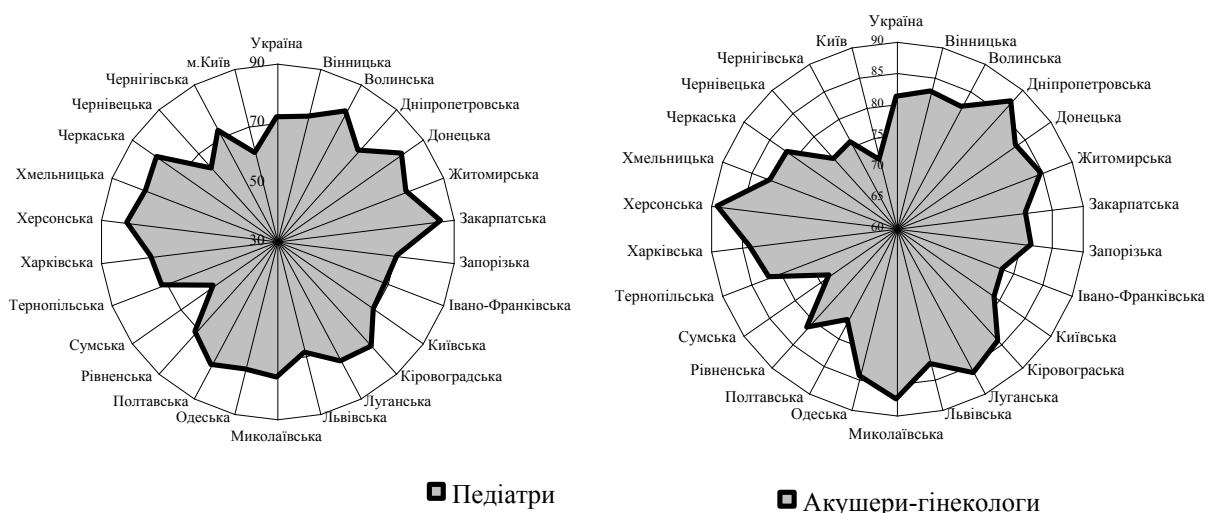


Рис. 4.5.4. Питома вага атестованих педіатрів та акушерів-гінекологів у 2015 р.

Частка атестованих лікарів-педіатрів останніми роками зменшилася з 73,7% у 2011 р. до 71,8% у 2015 р. З них вищу категорію мали 33,4% у 2011 р. та 53,6% у 2015 р., першу – 30,8% і 33,0% відповідно. Більш повно охоплені атестацією у 2015 р. дільничні педіатри – 73,2%, педіатри-неонатологи – 74,9%. Більш високий рівень атестації педіатрів у 2015 р. зареєстровано у Закарпатській (85,8%), Донецькій (81,5%), Херсонській (81,0%) областях. Порівняно низьким (до 65%) був показник атестації у м. Києві, Сумській та Чернівецькій областях.

З позицій доказового менеджменту вагоме значення для забезпечення ефективної перинатальної допомоги, «здорового старту» немовлят, їх подальшого психоемоційного та інтелектуального розвитку і стану здоров'я людини в наступні роки має розширена ініціатива ВООЗ і ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини» (РІЛДД), започаткована ще у 1991 р. Ключовими компонентами РІЛДД є важливість консультування та запровадження підходів,

доброзичливих до дитини, матері і всієї родини, підтримка грудного вигодовування, впровадження ефективних сучасних перинатальних технологій у родопомічних закладах.

В Україні сертифікація ЗОЗ на статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» (ЛДД) розпочата ще у 2001 р. Наразі РІЛДД є невід'ємною складовою правової та політичної бази України у сфері охорони материнства і дитинства.

За підтримки Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ у 2007 р. на базі Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» МОЗ України створено Методично-організаційний моніторинговий центр РІЛДД, основними завданнями якого визначені: методичне забезпечення, моніторинг, оцінка та координація діяльності органів і ЗОЗ стосовно роботи регіональних центрів підтримки грудного вигодовування «Лікарня, доброзичлива до дитини» та центрів (відділень) медико-соціальної допомоги дітям і молоді «Клініка, дружня до молоді»; розробка національної стратегії і тактики, включаючи питання планування, моніторингу та оцінки, подальшого розвитку заходів щодо вигодовування немовлят і дітей раннього віку, а також здоров'я і розвитку дітей та підлітків в Україні.

Відповідно до наказу МОЗ України від 28.10.2011 №715, у кожному регіоні України працюють регіональні організаційно-методичні моніторингові центри, створені з метою координації роботи щодо подальшого впровадження та розвитку програм, спрямованих на охорону здоров'я матерів та дітей (передусім РІЛДД та впровадження медичної допомоги підліткам та молоді на основі «дружнього підходу»).

За даними Методично-організаційного моніторингового центру РІЛДД, без урахування тих установ, що знаходяться на територіях АР Крим, м. Севастополь, Донецької та Луганської областей, статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» мають 465 ЗОЗ (табл. 4.5.4).

Як видно із табл. 4.5.4, у 2015 р. сертифіковано 33,1% закладів і структурних підрозділів, які надавали медичну допомогу матерям і дітям, у тому числі 93,3% пологових будинків, 81,0% перинатальних центрів III рівня, 65,4% обласних та 57,1% міських дитячих лікарень.

Таблиця 4.5.4

**Характеристика сертифікації закладів охорони здоров'я на статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» у 2015 р.**

Заклади охорони здоров'я, які надають допомогу матерям та дітям	Кількість закладів охорони здоров'я		Питома вага сертифікованих (%)
	усього	сертифіковані на відповідність статусу «ЛДД»	
Перинатальний центр III рівня	21	17	81,0
Перинатальний центр II рівня	11	10	90,9
Пологовий будинок	49	46	93,9
Жіноча консультація самостійна	5		
Обласна дитяча лікарня	26	17	65,4
Міська дитяча лікарня	63	36	57,1
Дитяча поліклініка самостійна	36	11	30,6
Лікарня для дорослого населення (обласна, міська, районна), до складу якої входять акушерські та дитячі підрозділи	450	186	41,3
Лікарня для дорослого населення (обласна, міська, районна), до складу якої входять акушерські підрозділи	68	15	22,0
Лікарня для дорослого населення (обласна, міська, районна), до складу якої входять дитячі підрозділи	47	25	53,2

Центри ПСМД	388	22	5,7
НДСЛ «ОХМАТДИТ» МОЗ України	1	1	100
Разом	1166	386	33,1

У регіональному аспекті частота сертифікованих ЗОЗ у 2015 р. коливалася від 77,4% у Чернігівській, 63,6% у Львівській, 62,5% у Івано-Франківській, 59,2% у Дніпропетровській областях до менше 20,0% у Харківській, Київській, Кіровоградській, Одеській та Запорізькій областях (табл. 4.5.5).

Таблиця 4.5.5

**Характеристика сертифікації закладів охорони здоров'я на статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» та їх діяльності в розрізі регіонів, 2015 р.**

Регіон	Кількість ЗОЗ, у яких надається допомога матерям та дітям	Кількість ЗОЗ, які мають статус ЛДД*	%	Кількість новонароджених в усіх родопомічних закладах регіону	Кількість новонароджених у ЗОЗ, які мають статус ЛДД*	%
Вінницька	64	13	20,3	16224	11282	69,5
Волинська	36	15	41,7	13624	12966	95,2
Дніпропетровська	119	69	59,2	32530	32530	100,0
Житомирська	49	12	24,5	14168	11900	84,0
Закарпатська	31	9	29,0	18425	11593	62,9
Запорізька	67	10	14,9	16579	11856	71,5
Івано-Франківська	24	15	62,5	15408	12209	79,24
Київська	62	7	11,3	17423	7667	44,01
Кіровоградська	54	7	12,9	8993	4199	46,6
Львівська	55	35	63,6	27909	24748	88,6
Миколаївська	57	22	38,6	11331	10623	93,75
Одеська	51	8	15,7	27300	18001	65,9
Полтавська	68	27	39,7	13546	12934	95,4
Рівненська	34	10	29,4	16137	11772	72,9
Сумська	22	12	54,5	9759	8728	89,4
Тернопільська	42	11	26,1	10632	8255	77,6
Харківська	74	7	9,4	26047	12427	47,1
Херсонська	41	16	39	11372	8956	78,7
Хмельницька	48	11	22,9	13807	7445	53,9
Черкаська	43	14	32,5	11315	7543	66,6
Чернівецька	29	6	20,6	10596	5886	55,5
Чернігівська	31	24	77,4	9084	8685	95,6
м. Київ	63	24	38,1	34025	28250	83
НДСЛ «ОХМАТДИТ»	1	1				
Приватні ЗОЗ	1	1				
Разом	1166	386	33	386234	290455	75,2

\* Примітка: ЛДД – «Лікарня, доброзичлива до дитини».

Як і в попередні роки, зберігається регіональна диспропорція охоплення народжень у сертифікованих ЗОЗ: від 100,0% у Дніпропетровській, більше 90% у Волинській, Миколаївській, Полтавській та Чернігівській областях до менше 50% у Київській, Кіровоградській та Харківській областях, при середньому показнику по Україні 75,2%, що значно нижче за передбачений індикаторами Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року» рівень 90%.

Важливим компонентом діяльності сертифікованих на статус ЛДД закладів є забезпечення раннього прикладання немовлят до грудей і виключно грудного

вигодовування. За даними моніторингу, у 2015 р. ізпологових стаціонарів, сертифікованих на статус ЛДД, на виключно грудному вигодовуванні виписано 93,9% немовлят.

Враховуючи, що діти підліткового віку сприятливі для формування здорового способу життя, а більшість проблем можуть бути вирішені, а ризики зменшені шляхом організації та проведення такої форми роботи з підлітками, яка дасть змогу їм отримати консультації, медичну й психологічну допомогу, інформацію щодо збереження здоров'я, в Україні впроваджена Резолюція Глобальних консультацій ВОЗ по «дружніх до молоді» службах. Розвиток медичних служб, дружніх до молоді («Клініка, дружня до молоді» (КДМ)) в Україні було розпочато в рамках співробітництва Дитячого Фонду ООН/ЮНІСЕФ з Урядом України в 1997 році.

Основними завданнями КДМ стало забезпечення комплексної медичної, соціальної та психологічної допомоги підліткам і молоді, яке реалізується шляхом: надання інформаційно-консультативних послуг підліткам і молоді з питань збереження здоров'я; профілактика ЗПСШ (особливо ВІЛ-інфекції), незапланованої вагітності та ризикової поведінки, діагностика та лікування захворювань репродуктивної системи; комплексного супроводу відвідувачів КДМ, які, крім медичних, отримують психологічні, соціально-педагогічні та юридичні послуги на всіх етапах роботи з ними. Цільовою групою такої роботи є діти віком 10–18 років і молоді люди до 24 років.

До основних принципів діяльності КДМ, відповідно до рекомендацій ЮНІСЕФ та ВООЗ, належать:

*Доступність* – молодь має реальну можливість отримати послуги через спрощення процедури звернення, максимальне наближення до потреб молоді розкладу роботи, надання безоплатних, комплексних послуг тощо.

*Добровільність* – створені умови для самостійного свідомого звернення молоді за послугами через інформування, залучення та розбудову мотивації.

*Доброчинність* – надання послуг молоді побудоване на розумінні й прийнятті вікових особливостей цільової групи, терпимості, повазі, конфіденційності, підтримці у висловленні власної думки та неосудливому ставленні до користувачів послуг.

Перша КДМ була створена в Україні 1998 р. на базі поліклініки дитячої лікарні №6 м. Києва. Упродовж останніх років кількість створених КДМ коливається від 24 у 2013 р. до 5 у 2014–2015 рр. (рис. 4.5.5).

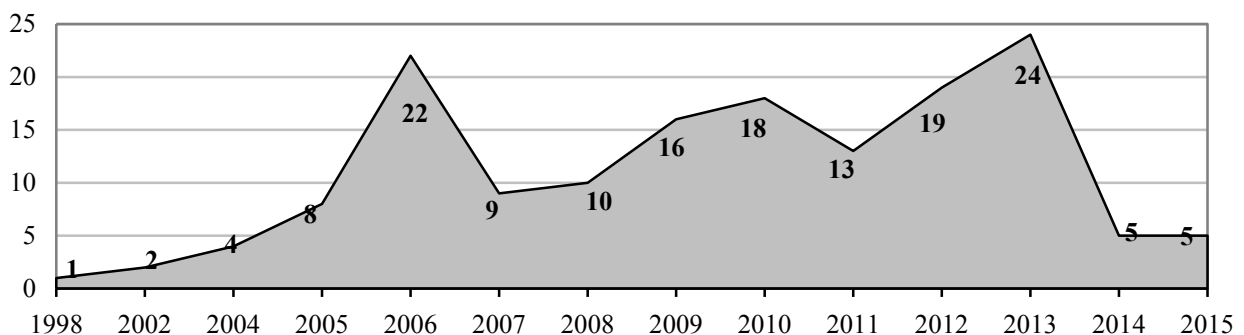


Рис. 4.5.5. Динаміка створення «Клінік, дружніх до молоді» в Україні за 1998–2015 рр. (од.)

Станом на 31.12.2015 р. в Україні працює 139 КДМ (без урахування КДМ, які знаходяться на тимчасово окупованій території АР Крим, м. Севастополі та на непідконтрольній території Донецької та Луганської областей), з них 90 кабінетів, 48

відділень, 10 центрів і 1 мережа кабінетів. Наразі КДМ створені і працюють в усіх регіонах України. Найбільша кількість функціонує в Чернівецькій (17), Миколаївській (16), Дніпропетровській (11), Львівській (11), Івано-Франківській (по 10) областях. Лише по одній КДМ функціонує у Вінницькій, Київській, Кіровоградській та Рівненській областях.

З метою розширення доступу до послуг, «дружніх до молоді», у т.ч. і серед молоді, яка проживає у сільській місцевості, а також у місцевостях, віддалених від наявних КДМ, здійснювались заходи щодо інтеграції таких послуг у закладах охорони здоров'я первинної ланки та служб планування сім'ї. З 2014 р. спостерігається поступове збільшення кількості КДМ у сільській місцевості (питома вага таких КДМ становить 39,4%). Так, із п'яти нових КДМ, які розпочали свою роботу в 2015 р., три створені у складі ЦРЛ та ЦПМСД.

#### ***4.5.2. Характеристика стану організації та основних показників перинатальної допомоги в Україні***

У сучасних умовах збільшення соціальної неоднорідності суспільства, високої диференціації населення за рівнем прибутків, низького стану репродуктивного здоров'я вкрай необхідно розробити ефективні заходи щодо зменшення несприятливого впливу процесів соціальної та майнової диференціації на здоров'я матері і дитини.

Останніми роками в Україні спостерігається активна реорганізація системи охорони здоров'я, зокрема акушерсько-гінекологічної допомоги. Розвивається сімейна медицина, впроваджується чітке розмежування рівнів надання медичної допомоги, регіоналізація перинатальної допомоги, розробляються нові методи діагностики та лікування в акушерстві, гінекології та неонатології, засновані на засадах доказової медицини. Усе це спрямоване на наближення акушерсько-гінекологічної допомоги до населення та поліпшення її якості.

Основними завданнями акушерсько-гінекологічної та неонатологічної служб є надання висококваліфікованої спеціалізованої допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, недоношеним і хворим новонародженим, а також спостереження і догляд за здоровими новонародженими. Значною мірою саме організація акушерсько-гінекологічної допомоги визначає ефективність цього виду допомоги. Важливим компонентом системи охорони здоров'я матері і дитини є перинатальний догляд, оскільки під час вагітності, пологів і післяпологового періоду існує небезпека раптового розвитку небезпечного для життя стану, пов'язаного з порушенням життєво важливих функцій організму як матері, так і дитини.

Одним із найважливіших періодів у житті жінки, сім'ї і суспільства є вагітність, тому в системах ПМСД більшості країн антенатальній допомозі приділяється особлива увага. Метою допологової допомоги є запобігання проблемам, пов'язаним зі здоров'ям як у немовляти, так і в матері, а також забезпечення здорового початку життя кожній новонародженій дитині. Ефективна робота антенатальної служби сприяє вирішенню завдань, спрямованих на збереження репродуктивного здоров'я, забезпечення планування сім'ї, зниження материнських і перинатальних втрат. Це вказує на актуальність пошуку нових підходів до допологового спостереження та консультування, забезпечення нормального розвитку плода від зачаття до народження, найбільш інформативних, неінвазивних методів раннього виявлення та своєчасного лікування соматичних захворювань і ускладнень вагітності, своєчасного виявлення і корекції акушерської патології та порушень розвитку плода.



У 2015 р. амбулаторно-поліклінічна допомога акушерсько-гінекологічного профілю надавалася 23059348 жінкам, у т.ч. 3083851 дівчинці віком до 14 років, 605661 дівчинці 15–17 років і 10542358 жінкам фертильного віку.

З огляду на основні завдання амбулаторно-поліклінічної ланки акушерсько-гінекологічного профілю, здійснюються систематичний, кваліфікований лікарський, фельдшерський профілактичний нагляд за жінками, своєчасна діагностика і лікування акушерської та гінекологічної патології, широка інформаційно-просвітницька робота з питань репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, підготовки батьків до пологів.

Ефективність заходів, які проводяться в жіночих консультаціях із питань охорони здоров'я вагітних та антенатальної охорони плода, найбільш висока, якщо їх починають у ранніх термінах вагітності. Отже раннє (до 12 тижнів вагітності) взяття вагітних на облік є одним із важливих розділів роботи жіночих консультацій. Протягом останніх п'яти років в Україні спостерігалася позитивна динаміка охоплення вагітних раннім (до 12 тижнів вагітності) диспансерним наглядом, що становила 90,50–91,67% вагітних. При цьому у 2015 р. лише в Житомирській, Івано-Франківській, Сумській, Рівненській, Тернопільській областях раннє охоплення вагітних медичним наглядом було достатнім (понад 95%). Низький рівень (менше 90%) раннього охоплення вагітних диспансерним наглядом залишився у Вінницькій, Миколаївській, Полтавській, Харківській, Черкаській областях і м. Києві (рис. 4.5.6).



Рис. 4.5.6. Раннє охоплення вагітних диспансерним наглядом, 2015 р. (до 12 тижнів вагітності)

Більш повного охоплення вагітних своєчасним медичним наглядом можна досягти шляхом залучення до цієї роботи первинної ланки медичної допомоги, зокрема ЛЗПСЛ, що передбачено наказом МОЗ України від 15.07.2011 №417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».

Важливе значення для зменшення негативного впливу стану здоров'я матері на розвиток плода має своєчасний (до 12 тижнів вагітності) огляд вагітних лікарем-терапевтом, особливо зважаючи на низький стан здоров'я жіночого населення, у тому числі вагітних. В Україні останнім часом зафіксовано достатній (91,79% – у 2011 р., 92,96% – у 2015 р.) рівень своєчасного огляду вагітних терапевтом із незначним діапазоном коливань у 2015 р. по регіонах – від 85,12% у Донецькій області, 89,21% у м. Києві до 100,0% у Житомирській і

Кіровоградській областях. Характерно, що, за даними статистичних звітів, як загалом в Україні, так і у більшості регіонів частота своєчасного огляду вагітних терапевтом перевищила частоту охоплення вагітних своєчасним медичним наглядом, що може бути зумовлено некоректністю цих даних і потребує аналізу головними акушерами-гінекологами областей.

На тлі високого рівня захворюваності вагітних на захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), захворюваності і смертності новонароджених від природжених вад розвитку (ПВР) актуальним питанням є своєчасне і повне обстеження вагітних жінок на сифіліс і СНІД, альфафетопротеїн, проведення УЗД стану плода.

Слід зазначити, що останніми роками в усіх регіонах України спостерігалось достатнє охоплення вагітних обстеженням на сифіліс, ВІЛ/СНІД. Це зумовлено вирішенням питання закупівлі тест-систем для обстеження на ВІЛ-інфекції вагітних коштом державного бюджету. Утримувалася достатнє охоплення (96,18% – 96,44%) УЗД вагітних.

Регламентною системою надання акушерської допомоги передбачено обстеження вагітних і групи перинатального ризику на альфафетопротеїни. Протягом останніх п'яти років охоплення цим методом зросло з 41,07% до 53,12%. За даними наукових досліджень, немає єдиної точки зору стосовно обов'язкового обстеження усіх вагітних на альфафетопротеїни. Однак досвід показує, що в результаті охоплення вагітних цим дослідженням можна значно зменшити частоту народження дітей з аненцефалією та спинномозковою килою. Доцільність збільшення охоплення вагітних обстеженням на альфафетопротеїни зумовлена тим, що цей тест є маркером важких інвалідизуючих захворювань у дітей. У 2015 р. скринінгом на альфафетопротеїни охоплено від 81,11% вагітних у Вінницькій, 79,33% у Тернопільській, 71,93% у Черкаській областях до 13,2% у Рівненській області.

Суттєвим резервом зниження захворюваності і смертності новонароджених є виявлення груп ризику вагітних щодо перинатальної патології із проведенням диспансерного нагляду за ними. Усе ще незадовільний стан здоров'я дівчат-підлітків і жінок фертильного віку зумовлює високу частоту екстрагенітальних захворювань у вагітних (табл. 4.5.6).

Таблиця 4.5.6

Динаміка частоти окремих захворювань у вагітних за 2011–2015 рр. в Україні (на 100 вагітних)

Патологія	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2015
Анемія	25,14	24,77	25,12	24,12	25,06
Хвороби системи кровообігу	6,16	6,43	6,36	6,57	6,94
Хвороби сечостатевої системи	14,19	13,46	13,66	13,11	13,8
Прееклампсії та еклампсії	н/д	2,06	2,00	1,97	2,0
Гестози	6,02	5,83	5,77	5,87	6,02

Останніми роками спостерігалася незначна тенденція до збільшення частоти хвороб системи кровообігу (6,16 на 100 вагітних у 2011 р. і 6,94 у 2015 р.) та позитивна тенденція частоти хвороб сечостатевої системи (14,19 і 13,8 відповідно). Наразі все ще в кожній четвертій вагітній відмічалася анемія, майже у кожній сьомій – хвороби сечостатевої системи. За даними вітчизняних учених, розвиток цих хвороб зумовлений погіршенням умов життя, хімічним і радіаційним забрудненням природного та виробничого середовища території України.

За даними наукових досліджень, частота патології вагітності залежить як від рівня екстрагенітальних захворювань, так і від якості роботи жіночих консультацій. Незважаючи на впровадження регламентованих клінічними протоколами сучасних медико-організаційних технологій із доведеною ефективністю у діяльність жіночих консультацій частота патології вагітності залишається стабільно високою: гестозів – 6,02 на 100 вагітних у 2011 та у 2015 рр., прееклампсій та еклампсій – 2,06 у 2012 р. і 2,00 у 2015 році. Найбільша частота гестозів вагітних у 2015 р. зареєстрована у Чернівецькій (9,39), Одеській (8,16), Дніпропетровській (7,41), Київській (7,41), Кіровоградській (7,33) областях, а частота прееклампсій та еклампсій вагітних – у Чернівецькій (3,79), Полтавській (2,63), Волинській (2,66), Київській (2,58) областях. У поточному році відносно низька частота гестозів (4,0 і менше) зареєстрована у Закарпатській, Рівненській і Тернопільській, а прееклампсій та еклампсій (менше 1,5) – лише в Рівненській, Запорізькій, Дніпропетровській та Сумській областях.

Незважаючи на впровадження сучасних перинатальних технологій та скорочення акушерських ліжок, інтенсивність їх роботи залишається низькою. У цілому по Україні середня зайнятість акушерських ліжок зменшилася з 245,8 дня у 2011 р. до 238,93 дня у 2015 р. при незначній тенденції до зменшення середньої тривалості перебування на ліжку з 7,75 до 7,54 відповідно (рис. 4.5.7).



**Рис. 4.5.7. Динаміка показників роботи родильних ліжок (включаючи ліжка патології вагітності) в Україні за 2011–2015 рр.**

Як і в попередні роки, у 2015 р. середнє перебування пацієнток на акушерських ліжках коливалося від 5,95 дня в Закарпатській області, 6,12–6,63 у м. Києві і Вінницькій області до 8,1–8,72 дня у Івано-Франківській, Київській, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Одеській, Хмельницькій, Чернігівській областях. Середня зайнятість акушерських ліжок була достатньою лише в м. Києві (290,74 дня), а наднизькою (до 220 днів) – у Львівській, Полтавській, Сумській, Харківській і Чернігівській областях. У цілому виявлено низьку інтенсивність роботи акушерських ліжок (низька середня зайнятість ліжок при високому середньому перебуванні на ліжку, обіг ліжка – менше 30,0) була у Львівській, Полтавській, Сумській, Харківській і Чернівецькій областях. Як і в попередні роки, найбільш інтенсивною у 2015 р. була робота родильних ліжок лише в м. Києві, де при низьких показниках забезпеченості ліжками на 1000 пологів (26,97, Україна – 46,1) та середньої тривалості перебування на ліжку (6,12) показник середнього числа роботи ліжка становив 290,74 дня, а

обіг ліжка – 47,55. Достатньо інтенсивною у 2015 р. була робота акушерських ліжок (обіг ліжка – понад 37) у Закарпатській, Рівненській і Чернівецькій областях. Враховуючи, що збільшення обігу акушерських ліжок призводить до збільшення їх простою, доцільно переглянути нормативи середньорічної зайнятості акушерських ліжок. У цілому протягом останніх п'яти років інтенсивність роботи акушерських ліжок була недостатньою.

Останніми роками середня зайнятість гінекологічних ліжок коливалася від 331,6 у 2011 р. до 315,79 у 2015 р. при середньому перебуванні на ліжку 8,56 та 8,24 дня відповідно. При цьому зменшився діапазон коливань цього показника в розрізі регіонів. Понаднормативна (більше 340 днів на рік) робота ліжок у 2015 р. спостерігалась у Кіровоградській, Миколаївській та Чернігівській областях, а все ще недостатньо у 2015 р. використовувався ліжковий фонд ЗОЗ гінекологічного профілю (середня зайнятість ліжка – до 320 днів) у Закарпатській, Івано-Франківській, Київській, Львівській, Харківській, Полтавській, Чернівецькій областях.

На тлі несприятливої демографічної ситуації в Україні останніми роками абсолютна кількість пологів зменшилася з 492,22 тис. у 2011 р. до 396,99 тис. у 2015 році. Загальновизнано, що оптимальним для пологів є вік матері 18–35 років.

Останніми роками вікові коефіцієнти народжуваності майже не змінилися – найбільша частота народжуваності була в перспективній для народження здорового покоління віковій групі 18–34 роки на 1000 відповідного населення – 75,89 у 2011 р. і 74,22 у 2015 р. Частота пологів у старшій віковій групі жінок (35–49 років) зросла з 7,9 на 1000 відповідного населення до 9,02 відповідно (рис. 4.5.8).

Показник народжуваності в групі юних жінок 15–17 років коливався за останні п'ять років у межах 9,61–9,84 на 1000 відповідного населення.

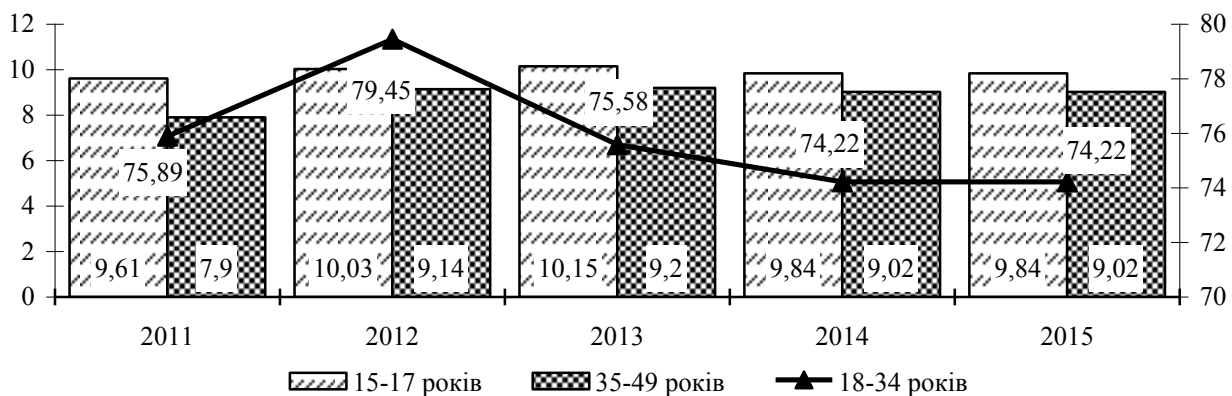


Рис. 4.5.8. Динаміка частоти пологів в окремих вікових групах в Україні за 2011–2015 рр. (на 1000 відповідного населення)

Впровадження рекомендованих ВООЗ перинатальних технологій із доведеною ефективністю, зокрема родопомочі, орієнтованої на участь сім'ї, демедикалізації пологів, ведення партограми тощо, сприяло забезпеченню достатньої частоти нормальних пологів – 68,5% у 2011 р. і 67,97% у 2015 р. Частка ускладнених пологів за цей період коливалася від 30,70% до 32,03% (рис. 4.5.9).

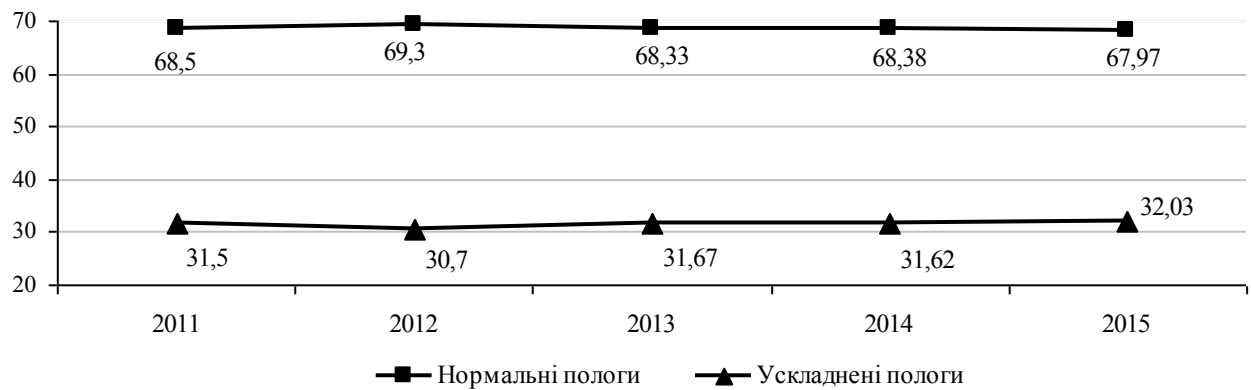


Рис. 4.5.9. Динаміка частоти нормальних та ускладнених пологів в Україні за 2011–2015 рр. (на 100 пологів)

Як і в попередні роки, спостерігалася поляризація показника ускладнених пологів від 39,08% у Дніпропетровській, 38,14% у Хмельницькій, 37,88% у Житомирській, до близько 26,12–24,65% у Рівненській та Черкаській, Львівській областях (табл. 4.5.7).

Таблиця 4.5.7

Динаміка частоти ускладнених пологів у закладах охорони здоров'я, підпорядкованих МОЗ України, за 2011–2015 рр. (на 100 пологів)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2015
АР Крим	29,30	27,60	30,62	-	-
Вінницька	39,57	37,28	35,14	36,51	34,15
Волинська	31,08	27,81	29,73	31,09	32,54
Дніпропетровська	28,32	30,12	34,55	36,08	39,08
Донецька	29,80	28,24	30,00	28,72	31,87
Житомирська	32,61	32,56	34,53	35,42	37,18
Закарпатська	27,86	31,54	26,27	30,79	29,90
Запорізька	29,27	30,01	36,65	28,30	27,19
Івано-Франківська	30,16	31,14	30,65	32,46	33,83
Київська	32,67	31,49	33,69	33,25	34,31
Кіровоградська	28,25	27,74	33,40	35,75	30,47
Луганська	35,03	32,10	30,97	29,09	31,07
Львівська	26,46	27,04	27,74	26,88	26,12
Миколаївська	30,89	32,86	30,23	30,42	27,88
Одеська	39,65	37,60	38,72	36,74	35,33
Полтавська	27,56	27,77	27,37	28,16	31,42
Рівненська	28,67	24,36	27,08	25,41	24,65
Сумська	25,25	31,76	32,92	35,12	35,63
Тернопільська	28,56	24,84	29,17	28,84	28,57
Харківська	34,42	31,76	32,67	33,45	33,80
Херсонська	35,25	35,46	33,81	34,57	35,12
Хмельницька	38,15	35,25	34,10	35,30	38,14
Черкаська	26,82	26,39	26,02	25,62	25,10
Чернівецька	31,33	30,18	28,53	27,19	27,18
Чернігівська	30,26	30,50	30,04	31,42	31,36
м. Київ	34,18	32,19	32,17	29,62	30,55
м. Севастополь	34,87	30,62	32,82	-	-
Україна	31,45	30,66	31,67	31,62	32,03

Частим і важким ускладненням вагітності та пологів, яке очолює так звану «велику п'ятірку» причин материнської смертності в усьому світі, у тому числі в Україні, є акушерські

кровотечі. Результатом ефективності системи впровадження технології клінічного протоколу «Нормальні пологи» стосовно запропонованого Міжнародною федерацією акушерів-гінекологів ведення третього періоду пологів є зменшення частоти акушерських кровотеч із 22,60 на 1000 пологів у 2009 р. до 18,59 у 2011 р. і 18,1 у 2015 р., а частоти кровотеч у послідовому і післяродовому періодах – з 12,34 до 9,23 і 8,18 відповідно (рис. 4.5.10).

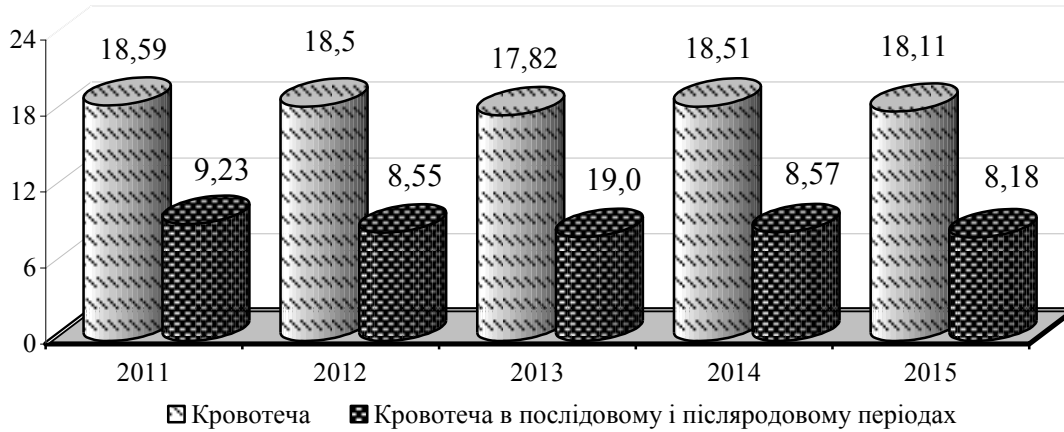


Рис. 4.5.10. Динаміка акушерських кровотеч в Україні за 2011–2015 рр. (на 1000 пологів)

При позитивній динаміці частоти кровотеч у послідовому та післяродовому періодах загалом по Україні такі показники були все ще високими (вище 11,00 на 1000 пологів) у ЗОЗ Житомирської (11,77), Закарпатської (11,87), Херсонської (14,03) та Черкаської (12,82) областей. Лише в ЗОЗ м. Києва та Львівській області зафіксовано низькі показники кровотеч у послідовому і післяродовому періодах (3,39) (рис. 4.5.11).

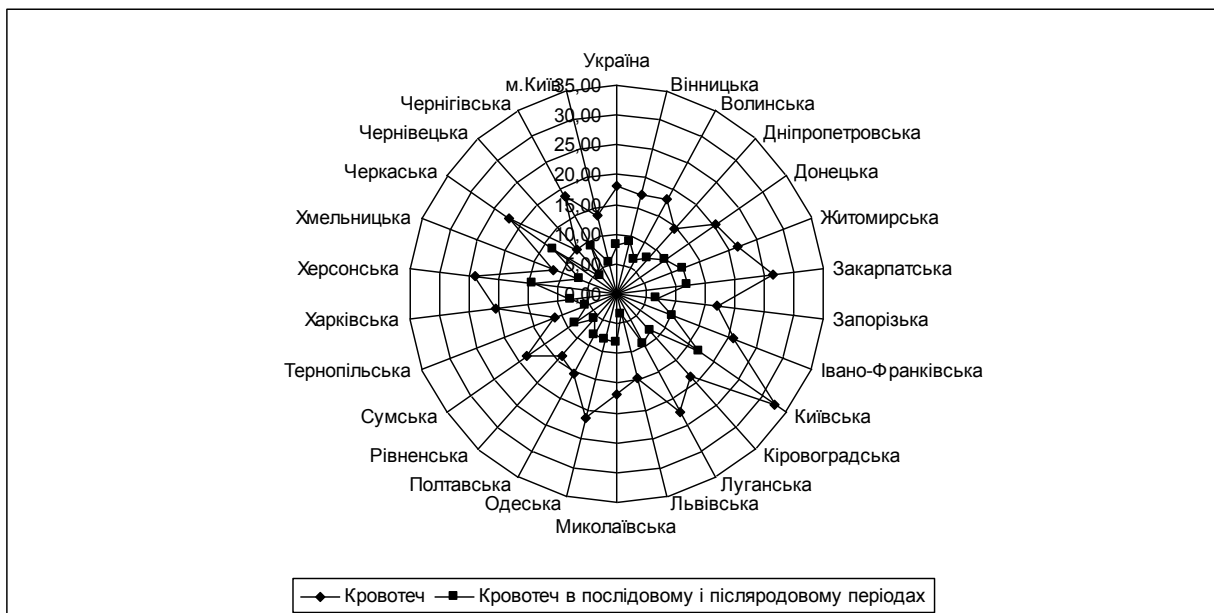


Рис. 4.5.11. Частота кровотеч у послідовому і післяродовому періодах в Україні у 2015 р. (на 1000 пологів)

За даними досліджень, впровадження сучасних перинатальних технологій сприяє зниженню таких важких ускладнень пологів і післяпологового періоду, як розриви матки, промежини та родовий сепсис, розлита післяродова інфекція. Однак після суттєвого зниження цих ускладнень у 2000–2003 рр. останніми роками стабілізувалися показники

розривів промежини III–IV ступенів на рівні 0,1–0,05 на 1000 пологів, розривів матки – 0,04–0,01, родового сепсису і розлитої післяродової інфекції – 0,1–0,03 (рис. 4.5.12).

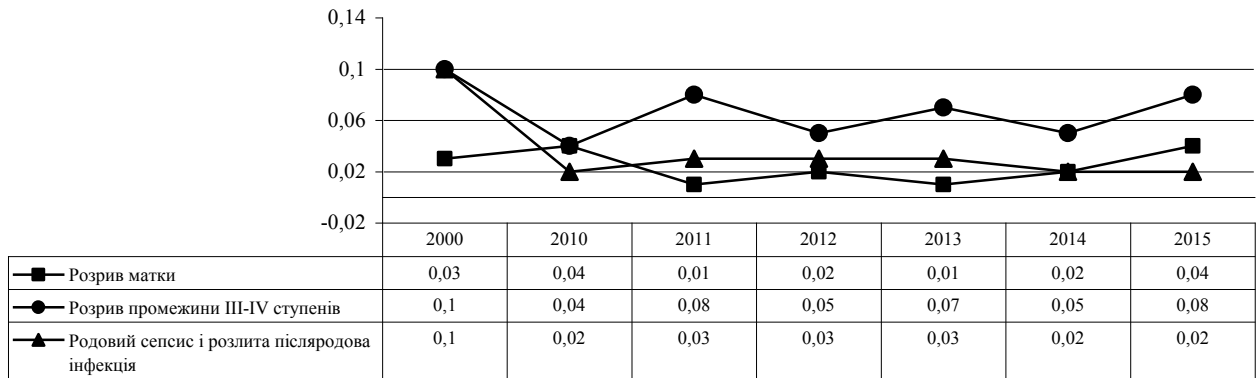


Рис. 4.5.12. Динаміка розриву матки, розриву промежини III–IV ступенів, родового сепсису і розлитої післяродової інфекції в Україні за 2011–2015 рр. (на 1000 пологів)

Незважаючи на впровадження медико-організаційних технологій клінічних протоколів (зокрема щодо ведення нормальних пологів і кесаревого розтину), які сприяють зменшенню частоти пологів шляхом кесаревого розтину, в Україні останніми десятиріччями рівень кесаревих розтинів зріс і становив у 2011 р. 161,33 на 1000 пологів, а у 2015 р. – 185,35 (рис. 4.5.13).

Як і в попередні роки, у 2013 р. відмічалася поляризація цього показника від 236,91 на 1000 пологів у Харківській, 218,76 у Івано-Франківській, 210,94 у Одеській, 201,53 у Київській областях до 150,89 у Львівській, 153,4 у Черкаській, 156,65 у Вінницькій областях. Збільшення числа розроджень шляхом кесаревого розтину вказує на недостатнє використання різних медичних технологій, які полегшують процес пологів, зокрема передбаченого клінічним протоколом «Тазове передлежання плода» повороту плода з тазового передлежання на головне.

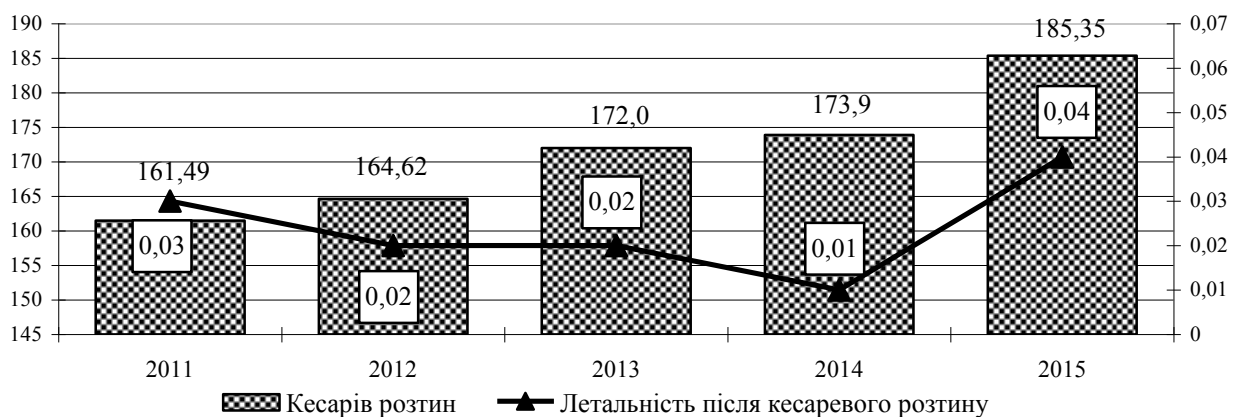


Рис. 4.5.13. Динаміка частоти кесаревого розтину та летальності після кесаревого розтину в Україні за 2011–2015 рр. (на 1000 пологів)

Про своєчасність і якість проведення операції кесаревого розтину свідчили показники частоти перитоніту і летальних випадків після проведених операцій. У цілому по Україні летальність при кесаревих розтинах мала різноспрямований характер – зниження з 0,03% у 2011 р. і підвищення до 0,04% у 2015 році.

За останні десятиліття спостерігається значний прогрес у зменшенні кількості смертей серед дітей в усьому світі, але водночас повільно зменшується неонатальна смертність, незважаючи на значну частку випадків, яким можна запобігти. За даними ВООЗ, щодня у світі помирає 18 тис. дітей від попереджувальних хвороб і обставин, а щороку близько 2,9 млн новонароджених помирає протягом перших 28 днів життя, при цьому більшість цих втрат можна попередити за рахунок зменшення кількості ускладнень, пов'язаних із передчасним народженням і важкими інфекціями.

Можливості для поліпшення здоров'я новонароджених є безпрецедентними саме зараз, зі збільшенням відомостей про ефективні інтервенції і шляхи надання послуг, підходів до збільшення охоплення медичною допомогою усіх, хто її потребує, а також щодо заходів із підвищення якості та безпеки надання медичної допомоги.

Новим підходом до вирішення питань поліпшення медичної допомоги новонародженим стала оголошена Генеральним секретарем ООН Пан Гі Муном у рамках Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок і дітей ініціатива «Кожна Жінка, кожна Дитина», яка є дорожньою картою державам для зосередження зусиль на збільшенні фінансування, зміцненні політики і поліпшенні допомоги найуразливішому прошарку населення – жінкам і дітям в усьому світі.

Після широкого обговорення був схвалений 67-ю сесією Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (травень 2014 р.) остаточний Глобальний план дій, а у липні 2015 р. Генеральний секретар ООН повідомив про початок Глобального механізму фінансування на підтримку ініціативи «Кожна Жінка, Кожна Дитина», додавши, що йдеться про нове партнерство під егідою ряду держав, спрямоване на мобілізацію міжнародних і національних ресурсів для підтримки оновленої Глобальної стратегії.

У резолюції 67/14.2 визначено кроки для розроблення і запровадження національних планів дій з охорони здоров'я новонародженого, основними з яких є:

- розгляд, перегляд та оновлення національних стратегій, політики, планів і керівних принципів (протоколів) щодо репродуктивного й материнського здоров'я, а також здоров'я новонароджених і дітей відповідно до цілей, завдань і показників, визначених планом дій з особливим акцентом на групі дітей високого ризику;
- обов'язкове, відповідно до можливостей, виділення достатніх людських і фінансових ресурсів для поліпшення доступу до якісної медичної допомоги, зокрема догляду за матір'ю і новонародженим під час пологів, упродовж першого тижня життя, і досягнення національних цілей у галузі охорони здоров'я новонароджених відповідно до Глобального плану дій;
- зміцнення інформаційних систем охорони здоров'я таким чином, щоб краще контролювати якість медичної допомоги, а також відстежувати прогрес у напрямку припинення попереджувальних втрат матерів і дітей, а також мертвонароджень;
- обмін інформацією щодо отриманих уроків, існуючих проблем й оновлення дій для досягнення національних цілей, що стосуються охорони здоров'я новонароджених і матерів.

В Україні зроблено поступальні кроки щодо визначення передбачених вищевказаною резолюцією пріоритетів. Сформована за роки незалежності України система медичної допомоги новонародженим ґрунтується на сучасних всесвітньо визнаних технологіях із доведеною ефективністю.

Відповідно до демографічної ситуації протягом останніх п'яти років відбувалися зміни кадрового і матеріально-технічного потенціалу неонатологічної служби. Так, кількість



педіатрів-неонатологів зменшилася з 1809 у 2011 р. до 1579 у 2015 р. при забезпеченості ними 3,66 на 1000 народжених живими та 3,94 відповідно. Низькою, що не відповідала рівню народжуваності, у 2015 р. була забезпеченість педіатрами-неонатологами у Волинській (2,57 на 1000 народжених живими), Закарпатській (2,85), Миколаївській (2,29), Рівненській (2,9), Херсонській (2,73) областях при оптимальній забезпеченості ними в Івано-Франківській (6,54), Львівській (5,43) та Сумській (5,09) областях і м. Києві (5,0). Кількість ліжок для недоношених і хворих новонароджених зменшилася з 2362 у 2011 р. до 2151 у 2015 р. при збільшенні забезпеченості ними з 4,78 на 1 тис. народжених живими до 5,38 відповідно. Недостатньою у 2015 р. була забезпеченість цими ліжками у Рівненській (2,12), Кіровоградській (3,34) та Київській (3,16) областях. Значно вищою за середній показник по Україні була забезпеченість ліжками для недоношених і хворих новонароджених у Запорізькій (9,68) і Харківській (8,07) областях.

За даними державної статистики, у 2015 р. в Україні народилося живими 399313 немовлят, що на 9,5 тис. менше, ніж у 2011 р. Серед народжених живими переважали новонароджені з масою тіла при народженні 3000–3499 г (39,24%), 3500 г і більше (39,15%) і 2500–2999 г (15,99%). Недоношені немовлята становили 4,89% із загальної кількості народжених живими у 2015 році.

Вагоме значення для оцінки коректності реєстрації перинатальних втрат має аналіз народжуваності живими і мертвими з низькою масою тіла при народженні. За даними ВООЗ, у структурі усіх народжених живими і мертвими частка новонароджених із вагою 500–999 г і 1000–1499 г повинна становити по 1–1,5%. За даними проведених у Російській Федерації спеціальних досліджень, серед усіх новонароджених частота народжених живими і мертвими з масою тіла при народженні 500–999 г становила 0,96%, а з масою тіла 1000–1499 г – 0,57%. В Україні ці показники дорівнювали до впровадження нових критеріїв перинатального періоду 0,78% і 0,39%, а після впровадження у 2007 р. – 0,32% і 0,52% відповідно. Протягом останніх п'яти років частота народжених живими і мертвими з дуже малою масою тіла мала незначну тенденцію до збільшення і становила у 2011 р. 0,35% і 0,58%, а у 2015 р. – 0,38 і 0,62 відповідно.

Позитивна тенденція частоти дітей із дуже малою масою тіла при народженні (500–1499 г) свідчить про більш ретельну реєстрацію дітей із дуже малою масою тіла при народженні, зміну існуючої практики щодо ведення передчасних пологів і виходжування недоношених дітей зазначеної вагової категорії. Проте в цілому значне зменшення частки народжених живими і мертвими з масою тіла 500–999 г не відповідає біологічним закономірностям.

Вживаність недоношених із масою тіла до 500–999 г становила у 2006 р. 36,4% до впровадження критеріїв ВООЗ щодо визначення перинатального періоду, а після впровадження критеріїв ВООЗ у 2007 р. підвищилася в 1,4 рази і становила 50,27% із подальшим зростанням до 57,58% у 2011 р. та 63,88% (рис. 4.5.14).

При цьому виживаність немовлят, народжених із масою тіла при народженні 1000–1499 г, зростає з 87,34% у 2011 р. до 90,41% у 2015 році. Збільшення виживаності немовлят із низькою і дуже низькою масою тіла при народженні останніми роками може бути зумовлена впровадженням технологій клінічних протоколів медичного догляду за новонародженою дитиною із малою масою тіла при народженні, порядку транспортування новонароджених дітей високого перинатального ризику в Україні та переорієнтацією на регіоналізацію перинатальної допомоги.

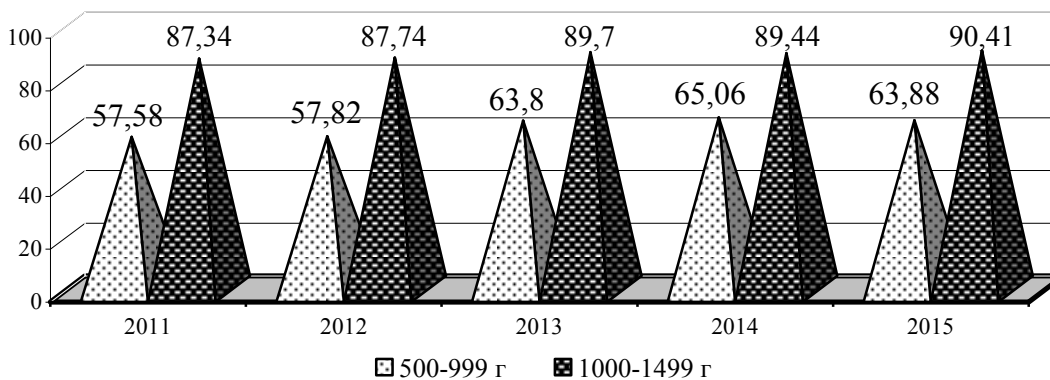


Рис. 4.5.14. Виживаність новонароджених із низькою масою тіла при народженні (менше 1500 г) після перших 168 годин життя за 2011–2015 рр. (на 100 народжених живими)

За даними вітчизняних дослідників, зростання частоти спадкової патології, зокрема фенілкетонурії, гіпотиреозу, муковісцидозу, призводить до запізненого виявлення цих захворювань, коли в організмі дитини настають незворотні зміни, які спричиняють інвалідність та смерть. В Україні останніми роками впроваджено у практику скринінгові методики діагностики фенілкетонурії, гіпотиреозу і муковісцидозу. Цим скринінгом у 2015 р. охоплено 90,93%, 90,22% і 85,72% новонароджених відповідно. Системний підхід до вирішення проблем спадкової патології, запровадження скринінгових програм дали змогу сформувати реєстри хворих на основні нозології спадкової патології, а відповідно, і управляти процесом диспансеризації в автоматизованому режимі.

Удосконалення системи медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим, переорієнтація акушерсько-гінекологічної та неонатологічної служб на медико-організаційні технології з доведеною ефективністю сприяли зниженню частоти народжених хворими і захворілих новонароджених з 185,48 на 1000 народжених живими з масою тіла при народженні 500 г і більше у 2007 р. до 153,74 у 2011 р., 149,8 у 2014 р. Проте у 2015 р. вперше за останнє десятиріччя відмічалася тенденція до збільшення цього показника до 156,36 (табл. 4.5.8).

Таблиця 4.5.8

Динаміка частоти народжених хворими і захворілих новонароджених, які при народженні мали вагу  $\geq 500$  г, за 2011–2015 рр. (на 1000 народжених живими)

Рік	Усього		Доношені		Недоношені	
	абс.	на 1000 народжених живими	абс.	на 1000 народжених живими	абс.	на 1000 народжених живими
2011	75999	153,74	58889	124,76	17110	767,51
2012	76998	149,80	58928	120,11	18070	773,25
2013	74508	149,92	57056	120,43	17452	752,47
2014	66659	149,84	50631	119,40	16028	769,32
2015	62436	156,36	49918	123,53	15518	795,31

Збільшення частоти народжених хворими і захворілих новонароджених у 2015 р. відбулося за рахунок збільшення її як серед доношених новонароджених з 119,4 у 2014 р. до 123,53 у 2015 р., так і серед недоношених з 769,32 до 795,31 відповідно. При цьому частота народжених хворими і захворілих недоношених новонароджених у 2011 р. була у 6,2 разу, а

у 2015 р. – у 4,9 разу вищою, ніж доношених. Як і в попередні роки, у 2013 р. зареєстровано найбільшу частоту народжених хворими і захворілих новонароджених у Рівненській області (208,35 на 1000 народжених живими), Хмельницькій (198,02) областях та у м. Києві (189,90), а найменшу – в Івано-Франківській та Львівській областях (111,98 і 115,62 відповідно).

Збільшення частоти народжених хворими і захворілих новонароджених у цілому по Україні зумовлено збільшенням рівнів захворюваності новонароджених на природжені вади розвитку на 5,3% окремі стани перинатального періоду – на 13,86%, у тому числі внутрішньочерепну родову травму – на 2,06%, синдром респіраторного розладу та інші респіраторні стани – на 10,9% про збереженні позитивної тенденції рівнів захворюваності новонароджених на внутрішньоматкову гіпоксію та асфіксію у пологах, недостатність живлення плода (табл. 4.5.9).

Таблиця 4.5.9

**Динаміка захворюваності новонароджених, які при народженні мали вагу 500 г і більше, на деякі хвороби в Україні за 2011–2015 рр. (на 1000 народжених живими)**

Патологія	Рік					2015 / 2011 (%)
	2011	2012	2013	2014	2015	
Природжені вади розвитку	22,8	22,94	23,48	23,05	24,02	105,35
Окремі стани перинатального періоду, у т.ч.:	161,43	157,14	156,59	158,10	164,76	102,06
недостатність живлення плода	25,8	23,49	22,11	21,34	20,7	80,23
внутрішньочерепна родова травма	0,03	0,02	0,02	0,02	0,03	100,0
внутрішньоматкова гіпоксія та асфіксія в пологах	24,66	21,97	19,41	19,31	18,61	75,47
синдром респіраторного розладу та інші респіраторні стани	10,95	10,66	11,51	11,44	12,09	110,9

Як і в попередні роки, у 2015 р. спостерігалися значні розбіжності в реєстрації частоти народжених хворими і захворілих новонароджених та захворюваності новонароджених на різні хвороби в регіонах, що зумовлено, передусім, відсутністю єдиних стандартів діагностики, формулювання клінічного діагнозу та реєстрації захворюваності. Так, частота народжених хворими і захворілих новонароджених коливалася в розрізі регіонів від 111,98 на 1000 народжених живими у Київській, 115,62 у Львівській, 122,93 у Тернопільській областях до 218,3 у Рівненській, 198,02 у Хмельницькій областях та 189,9 у м. Києві. Захворюваність новонароджених на внутрішньоматкову гіпоксію та асфіксію в пологах коливалася від 2,22 у Вінницькій, 6,29–9,87 у м Києві, Черкаській, Сумській областях до 57,77 у Волинській, 42,53–42,55 у Хмельницькій, Одеській областях, а захворюваність сповільненим ростом і недостатністю живлення плода – від 54,35 у Хмельницькій, 48,74 у Одеській до 6,75 у Волинській областях, з 58,03 в Одеській до 5,91 у Вінницькій, 6,19 у Сумській областях, сповільненим ростом і недостатністю живлення плода – від 9,02–11,07 до 54,35 у Волинській, Сумській Запорізькій областях до більше 30,0, 48,74 у Львівській, Хмельницькій, Чернігівській областях.

Усе це значною мірою ускладнює аналіз і виокремлення пріоритетних напрямків розвитку системи надання допомоги новонародженим. Для об'єктивного аналізу та оцінки захворюваності новонароджених слід підвищити ефективність діагностики та обстеження новонароджених з перинатальною патологією, забезпечити подальшу уніфікацію/стандартизацію надання медичної допомоги новонародженим.

Останніми роками у структурі захворюваності доношених новонароджених провідні місця посіли внутрішньоматкова гіпоксія та асфіксія в пологах, сповільнення росту та недостатність харчування плода і пологові травми, а у недоношених – сповільнення росту та недостатність харчування плода, внутрішньоматкова гіпоксія та асфіксія в пологах, синдром дихальних розладів.

Рівень загальної смертності новонароджених зменшився з 3,08 на 1000 народжених живими новонароджених з екстремально низькою масою тіла у 2011 р. до 2,35 у 2015 р., за рахунок зменшення смертності як недоношених новонароджених із 48,9 до 33,18, так і доношених із 0,92 до 0,73. Така ситуація відбулася на тлі збільшення рівня частоти народжених хворими і захворілих новонароджених і зумовлена впровадженням сучасних медико-організаційних технологій у перинатальному періоді.

Смертність новонароджених зменшилася за рахунок зниження її рівня майже від усіх причин, у тому числі від інфекцій, специфічних для перинатального періоду, – у 1,7 разу, синдрому респіраторного розладу – у 1,5 разу, внутрішньоматкової гіпоксії та асфіксії – у 1,3 разу, природжених аномалій та природжених пневмоній – у 1,2 разу (рис. 4.5.15).

З метою вивчення ефективності переорієнтації акушерсько-неонатологічної допомоги було здійснено моніторинг та оцінку родопомічної допомоги у цілому в Україні і проведена порівняльна характеристика їх результатів з даними 2014 року. Неодмінною умовою забезпечення регіоналізації перинатальної допомоги є наступне організаційне забезпечення: створення в кожному регіоні організаційної структури трирівневої системи надання перинатальної допомоги за рахунок розділення акушерських стаціонарів на рівні перинатальної допомоги, приведення організаційної структури трирівневої системи надання перинатальної допомоги у відповідність до територіальних потреб, урахуванням географічної доступності, кадрових і матеріально-технічних можливостей закладів перинатальної допомоги, наявного на території числа вагітних жінок з різним ступенем ризику перинатальної патології та смертності; розробка територіальних схем руху (маршрутів) вагітних, породіль, роділь і новонароджених з ризиком материнської та перинатальної смертності в заклади перинатальної допомоги відповідного рівня.

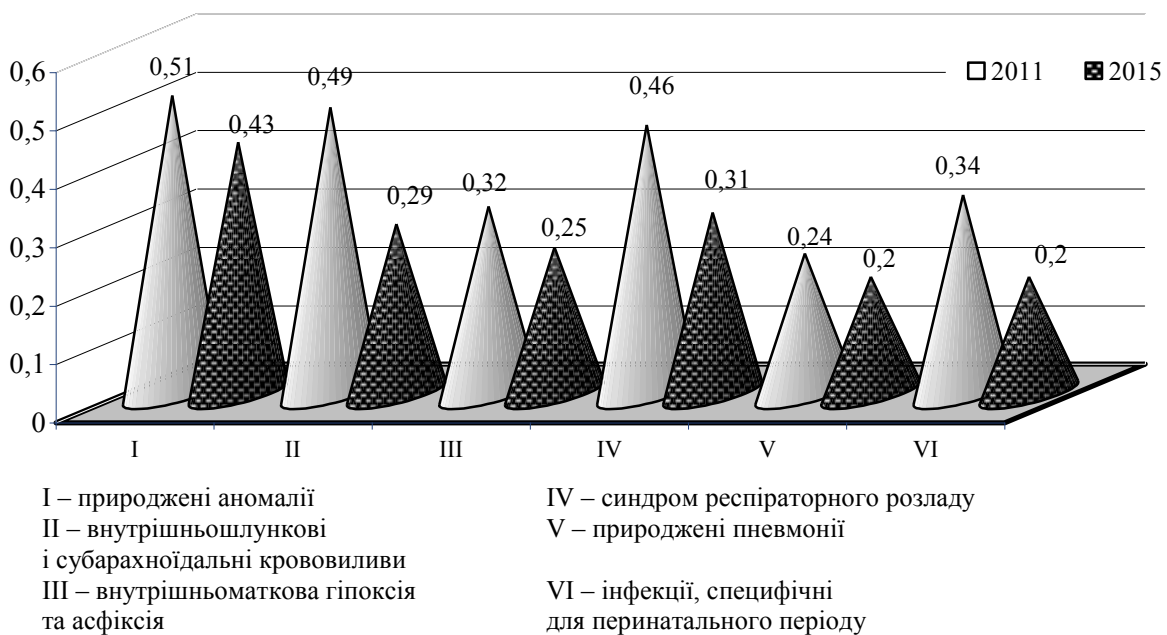


Рис. 4.5.15. Причини смерті доношених новонароджених у лікарняних стаціонарах у 2011 та 2015 рр. (на 1000 народжених живими)

У зв'язку з анексією АР Крим, військовими діями у Донецькій і Луганській областях, моніторинг і оцінка (МіО) показників за 2014–2015 рр. у зазначених регіонах не проводилися. За даними моніторингу і оцінки регіоналізації перинатальної допомоги (МіО РПД) трирівнева система перинатальної допомоги створена в усіх регіонах України, за винятком Волинської, Закарпатської і Чернігівської областей, де відсутні ЗПД (заклад перинатальної допомоги) III рівня. При цьому у АР Крим, Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Полтавській, Рівненській, Харківській, Хмельницькій областях та м. Києві за сприяння Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» організовані і функціонують оснащені необхідною високотехнологічною лікувально-діагностичною апаратурою і підготовленим для надання висококваліфікованої перинатальної допомоги жінкам і новонародженим з ризиком ризику перинатальної патології та смертності перинатальні центри III-го рівня. На жаль, Постановою Кабінету Міністрів України від 05.03.2014 №71 «Деякі питання оптимізації державних цільових програм і національних проектів, економії бюджетних коштів та визнання такими, що втратили чинність, деяких актів Кабінету Міністрів України» з переліку проектів із пріоритетних напрямів соціально-економічного та культурного розвитку (національні проекти) виключено позицію «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства». У зв'язку з цим не закінчено будівництво запланованих Національним проектом перинатальних центрів у Волинській, Львівській, Тернопільській, Черкаській та Чернівецькій областях. У зв'язку з цим МОЗ України зверталось до Міністерства фінансів України з проханням після внесення відповідних змін до Закону України «Про Державний бюджет України на 2015 рік» під час здійснення розподілу державних капітальних видатків, що розподіляються Кабінетом Міністрів України, передбачити виділення коштів для продовження робіт із завершення будівництва Волинського обласного перинатального центру у м. Луцьку, завершення реконструкції та технічного переоснащення комунальних закладів «Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр «Мати і дитина» та «Чернівецький обласний клінічний перинатальний центр», а також з проханням здійснити фінансування для проведення комплексу будівельно-монтажних робіт на об'єкті «Черкаський обласний клінічний перинатальний центр».

Регіоналізація не є централізацією. Система надання медичної допомоги за принципом регіоналізації передбачає розумний та ефективний розподіл медичної допомоги за закладами охорони здоров'я різних рівнів. Там, де РПД розпочато ще у 1998–2009 рр., орієнтовний показник частки пологів становив у ЗПД I рівня біля 30%. У цілому в цих регіонах у 2014 р. у ЗПД I рівня було розроджено 36,7% вагітних, у 2015 р. – 40,3%, у ЗПД II рівня – 46,6% і 42,5%, а у ЗПД III рівня – 16,8% і 17,7% відповідно (рис. 4.5.16).

Тенденція до збільшення частки пологів у ЗПД I рівня при вище орієнтовному для ННД її показнику зумовлена збільшенням її при високому рівні у Закарпатській (46,8% у 2014 р. і 76,6% у 2015 р.), Житомирській (75,7% і 76,1%) і Хмельницькій (66,6% і 68,8%) та Київській (52,5% і 60,7%) областях. Низькою, що не відповідає стану здоров'я вагітних, роділь і породіль, залишається частка пологів у ЗПД I рівня Харківської (6,2%) та Дніпропетровської (16,3%) областей. Показник частки пологів у ЗПД II рівня дещо нижче орієнтовного і зумовлений відсутністю цих закладів у Житомирській області та низькою (менше 20%) часткою пологів у цих закладах Чернівецької, Хмельницької і Рівненської областей.

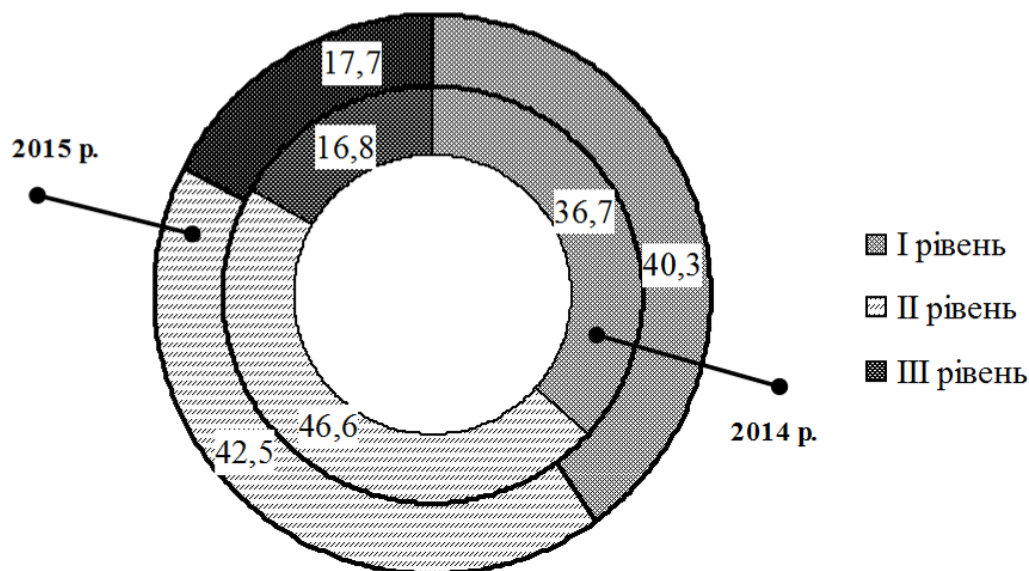


Рис. 4.5.16. Частка пологів у ЗПД I, II, III рівнів, 2014–2015 рр., від загальної кількості пологів у регіоні

Світовий досвід показує, що близько 17% пологів потребують вчасного лікування як акушерських, так і неонатальних проблем в умовах ЗПД III рівня. В Україні цей показник у 2015 р. становив 17,7% із суттєвою різницею в розрізі регіонів – від 0,0% у Волинській, Закарпатській, Чернігівській областях, менше 10,0% у Миколаївській, Черкаській і Вінницькій до 45,0% у Чернівецькій, 36,0% у Харківській, 32,7% у Сумській областях. При цьому корелятивний зв'язок між частотою показників ускладнених пологів і розроджень вагітних у ЗПД III рівня відсутній.

Отримані дані свідчать про недостатньо налагоджене функціонування регіональної перинатальної допомоги стосовно розподілу розроджень залежно від оснащення ЗПД різних рівнів медичним устаткуванням.

Одним з основоположних чинників, що викликають зниження рівня життєздатності потомства на всіх етапах його розвитку, є висока захворюваність вагітних і породіль. Тому важливим завданням РПД є профілактика перинатальних ускладнень у жінок з перинатальним ризиком, важкою екстрагенітальною патологією і забезпечення доступності їх до спеціалізованої та високоспеціалізованої перинатальної допомоги. Виконання цього завдання можливе при умові розробки регіональних схем руху (маршруту) вагітних, породіль, роділь і новонароджених із ризиком материнської і перинатальної патології і смертності в заклади перинатальної допомоги відповідного рівня.

Відповідно до відпрацьованих з урахуванням функцій та можливостей ЗПД різних рівнів спеціалістами робочої групи МОЗ України алгоритмів ведення вагітних з перинатальним ризиком, можна вважати достатнім розродження в умовах ЗПД III рівня 50,0% вагітних з вадами серця, 25–30% з хворобами системи кровообігу, 90% і більше з цукровим діабетом, а у ЗПД II–III рівнів – 90% і більше з прееклампсією та еклампсією, антенатальною загибеллю плода.

Загалом в Україні за даними МіО РПД 2014–2015 рр. забезпечена оптимальна доступність до високоспеціалізованої високотехнологічної перинатальної допомоги під час пологів вагітних з вадами серця (індекс концентрації (ІК) у ЗПД III рівня становить 61,0–66,9%) та з хворобами системи кровообігу (ІК 50,5–47,0%) (табл. 4.5.10).

**Моніторингові показники доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги розроджень вагітних у ЗПД III рівня, 2014–2015 рр., частка від загальної кількості у регіоні обслуговування (%)**

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Розроджено вагітних із вадами серця		Розроджено вагітних із хворобами системи кровообігу		Розроджено вагітних із цукровим діабетом	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015
1	Вінницька	39,1	47,3	17,1	19,8	83,9	66,7
2	Волинська	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3	Дніпропетровська	82,6	87,9	49,5	66,5	32,8	34,5
4	Житомирська	50,9	68,6	47,7	58,9	88,1	95,9
5	Закарпатська	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6	Запорізька	86,2	99,1	32,9	59,2	77,1	91,7
7	Івано-Франківська	95,5	100,0	90,2	96,1	100,0	97,5
8	Київська	0,0	39,5	22,0	19,4	65,1	82,4
9	Кіровоградська	82,1	53,3	75,5	83,6	95,5	100,0
10	Львівська	100,0	97,4	72,1	76,3	96,9	91,7
11	Миколаївська	0,0	20,0	0,0	1,6	0,0	18,6
12	Одеська	81,6	85,2	65,8	58,0	78,0	80,8
13	Полтавська	86,2	82,7	79,6	84,7	100,0	100,0
14	Рівненська	100,0	90,0	56,6	48,0	38,2	33,3
15	Сумська	90,9	*	34,9	67,7	92,9	100,0
16	Тернопільська	73,0	91,5	58,9	62,8	77,8	100,0
17	Харківська	99,6	99,0	81,3	88,1	97,1	96,3
18	Херсонська	11,8	–	5,6	7,8	46,4	64,4
19	Хмельницька	49,2	79,7	27,8	23,8	49,1	48,0
20	Черкаська	47,8	63,0	38,2	34,2	20,4	29,6
21	Чернівецька	68,6	41,3	78,4	57,7	100,0	57,9
22	Чернігівська	–	–	–	–	–	–
23	м. Київ	40,8	42,4	32,4	25,0	9,1	5,7
Усього		63,2	66,9	50,5	47,0	46,3	46,9

Примітка: \* – немає даних.

Характерно, що орієнтовні показники ІК розроджень вагітних з вадами серця та хворобами системи кровообігу досягнуто у більшості регіонів, де функціонують ЗПД III рівня, за винятком Вінницької, Київської, Миколаївської і Херсонської областей. При цьому у ЗПД I рівня Волинської, Житомирської, Чернігівської і Черкаської областей розроджено більше 30% вагітних з вадами серця, а Житомирської, Закарпатської і Херсонської областей – більше 40% вагітних з хворобами системи кровообігу.

Низьким, таким, що не відповідає медичним стандартам супроводу та надання допомоги пацієнткам, залишається ІК розроджень вагітних з цукровим діабетом у ЗПД III рівня (46,3–46,9%). При цьому зберігається регіональна дисоціація ІК у ЗПД III рівня розроджень вагітних з цукровим діабетом від 90–100% у Житомирській, Запорізькій, Івано-Франківській, Кіровоградській, Львівській, Полтавській, Сумській, Тернопільській та Харківській областях до менше 40,0% у Дніпропетровській, Миколаївській, Рівненській, Черкаській областях та м. Києві. Незадовільною залишається доступність розроджень вагітних з цукровим діабетом Закарпатської, Черкаської і Чернівецької областей, де у ЗПД I рівня розроджено 28,1%, 16,7% і 31,6% відповідно вагітних з цією патологією.

Медичним стандартом супроводу та надання стаціонарної допомоги вагітним з важкими формами преєклампсії та еклампсії передбачена госпіталізація для розродження цих пацієнток у ЗПД II–III рівнів перинатальної допомоги. У 2014–2015 рр. у цілому в

Україні ІК цих пацієнток у ЗПД II–III рівнів перинатальної допомоги становив 78,0% та 83,%, що можна вважати задовільним (табл. 4.5.11).

Табл. 4.5.11

Моніторингові показники доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги розроджень вагітних у ЗПД II–III рівнів, 2014–2015 рр., частка від загальної кількості у регіоні обслуговування (%)

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Розроджено вагітних із важкими формами прееклампсії, еклампсії		Розроджено вагітних з антенатальною загибеллю плода	
		2014	2015	2014	2015
1	Вінницька	76,3	71,1	62,9	53,2
2	Волинська	60,7	60,9	41,9	37,1
3	Дніпропетровська	96,2	97,9	91,8	91,5
4	Житомирська	38,6	50,8	40,3	32,3
5	Закарпатська	60,2	30,4	55,9	35,0
6	Запорізька	89,8	80,9	70,6	79,2
7	Івано-Франківська	90,0	83,9	82,5	86,8
8	Київська	60,6	33,3	61,9	47,9
9	Кіровоградська	83,6	67,7	60,3	56,4
10	Львівська	78,0	84,7	83,6	82,7
11	Миколаївська	59,8	66,7	40,3	63,4
12	Одеська	97,2	97,1	85,3	74,6
13	Полтавська	100,0	100,0	90,2	90,2
14	Рівненська	67,6	79,6	65,5	56,6
15	Сумська	100,0	90,5	96,4	94,2
16	Тернопільська	92,3	93,5	88,7	87,7
17	Харківська	96,9	97,7	96,6	97,7
18	Херсонська	87,9	65,4	52,9	48,5
19	Хмельницька	60,6	72,4	50,7	36,7
20	Черкаська	42,0	53,2	51,4	54,0
21	Чернівецька	61,5	65,9	66,0	62,8
22	Чернігівська	95,0	47,4	83,6	72,6
23	м. Київ	100,0	100,0	100,0	100,0
Усього		78,0	83,0	75,1	72,2

При цьому 90,0% і більше вагітних із важкими формами прееклампсії та еклампсії було розроджено у ЗПД II–III рівнів Дніпропетровської, Одеської, Полтавської, Сумської, Тернопільської, Харківської областей та м. Києва. Проблемним залишається питання забезпечення маршрутизації вагітних із важкими формами прееклампсії та еклампсії у Закарпатській, Київській та Чернігівській областях, де у ЗПД II–III рівнів розроджено таких пацієнток 30,4%, 33,3% та 47,4% відповідно.

Відповідно до алгоритму ведення вагітних з перинатальним ризиком розродження з антенатальною загибеллю плода, розродження таких вагітних здійснюється у ЗПД II–III рівнів. За даними моніторингу 2014–2015 рр., у ЗПД II–III рівнів було розроджено 75,1–72,2% пацієнток. Достатньою можна вважати роботу із забезпечення маршруту пацієнток з цією патологією у м. Києві, Дніпропетровській, Полтавській, Сумській і Харківській областях, де у ЗПД I рівня було розроджено менше 10% пацієнток від загальної кількості розроджених пацієнток з антенатальною загибеллю плода в регіоні. Потребує доопрацювання питання забезпечення маршрутів цих пацієнток у Волинській, Житомирській, Закарпатській, Київській, Херсонській, Хмельницькій областях, де цей показник перевищує 50%.

Ключовою проблемою зменшення перинатальних втрат є створення можливості виходжування дітей з дуже малою масою тіла при народженні, адже саме з ними пов'язана приблизно половина всіх випадків перинатальних втрат. Крім того, діти, що народилися з



дуже малою масою тіла, становлять групу ризику щодо розвитку інвалідизуючих захворювань. Надзвичайно високою є залежність як життя, так і здоров'я плода і новонародженої дитини від сучасних медико-організаційних технологій. Наразі доведено, що акушерські стаціонари з кількістю пологів менше 300 на рік є небезпечними для матері та новонародженого, особливо з малою та дуже малою масою тіла при народженні. Такі відділення не гарантують безпеки медичної допомоги та не забезпечують постійну підтримку висококваліфікованого рівня лікарів. Концентрація вагітних з високим ризиком передчасних пологів на третій рівень перинатальної допомоги дозволяє забезпечити надання їх новонародженим адекватної допомоги. Згідно з переліком, до показань направлення вагітних у ЗПД III рівня належать передчасні пологи в терміні 22–24 тижні вагітності, масою тіла при народженні до 1500 г, а до ЗПД II рівня – передчасні пологи в терміні 35–36 тижнів. За даними проекту MOSAIC – організація акушерської допомоги при вкрай передчасних пологах в Європі – частка новонароджених з малою та дуже малою масою тіла, що народилися у відділеннях III рівня допомоги, становила від 63–64% у Данії та Польщі до 80% в Бельгії, Німеччині, Італії та інших країнах, а за даними метааналізу досліджень РПД дітям із дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД III рівня п'яти штатів США було сконцентровано  $\geq 90\%$  новонароджених з масою тіла при народженні  $\leq 1500$  грамів.

В Україні у 2014–2015 рр. в ЗПД III рівня вдалося сконцентрувати народження 59,0–62,0% новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г і 52,4–55,3% з масою тіла 1000–1499 г (табл. 4.5.12).

Таблиця 4.5.12

**Моніторингові показники доступності новонародженим високоспеціалізованої перинатальної допомоги у ЗПД III рівня, 2014–2015 рр., частка від загальної кількості в регіоні обслуговування (%)**

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Народжені живими з масою тіла 500–999 г		Народжені живими з масою тіла 1000–1499 г	
		2014	2015	2014	2015
1	Вінницька	34,6	35,1	38,4	52,4
2	Волинська	0,0	0,0	0,0	0,0
3	Дніпропетровська	64,8	65,5	35,4	41,3
4	Житомирська	84,6	93,5	82,8	77,2
5	Закарпатська	0,0	0,0	0,0	0,0
6	Запорізька	82,4	86,1	74,6	82,1
7	Івано-Франківська	95,7	84,4	85,6	82,3
8	Київська	48,6	47,1	33,3	47,9
9	Кіровоградська	88,2	75,0	76,7	63,8
10	Львівська	78,7	65,6	64,9	65,1
11	Миколаївська	0,0	4,8	0,0	11,7
12	Одеська	31,7	53,4	44,4	49,2
13	Полтавська	81,0	100,0	69,0	69,0
14	Рівненська	50,0	67,3	59,5	58,5
15	Сумська	96,2	81,8	73,0	81,8
16	Тернопільська	96,2	91,3	85,2	93,5
17	Харківська	87,1	91,1	87,3	84,0
18	Херсонська	44,0	42,9	49,2	37,7
19	Хмельницька	75,9	86,1	68,9	77,2
20	Черкаська	22,7	18,2	22,4	32,8
21	Чернівецька	92,6	88,9	90,7	78,0
22	Чернігівська	–	–	–	–
23	м. Київ	58,4	60,2	58,8	56,3
Усього		59,0	62,0	52,4	55,3

При цьому в умовах ЗПД I рівня, що не забезпечують постійну підтримку висококваліфікованого рівня медичних працівників, народжується 12,9% немовлят з дуже малою масою тіла при народженні. Важливо зазначити, що доступність висококваліфікованої допомоги новонародженим з дуже малою ( $\leq 1500$  г) масою тіла при народженні неоднорідна в розрізі регіонів. Так, упродовж 2014–2015 років у ЗПД III рівня було сконцентровано  $\geq 90\%$  новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г Житомирської, Полтавської, Тернопільської і Харківської областей, біля 80% новонароджених з масою тіла при народженні 1000–999 г Житомирської, Запорізької, Івано-Франківської, Сумської, Тернопільської і Харківської областей. Менше половини народжень дітей з дуже малою ( $\leq 1500,0$  г) масою тіла при народженні було сконцентровано у ЗПД III рівня Вінницької, Київської, Одеської, Херсонської, Черкаської областей. При цьому більше 20,0% народжень немовлят з дуже малою масою тіла при народженні сконцентровано у ЗПД I рівня Закарпатської, Миколаївської, Київської, Рівненської областей.

Відповідно до маршрутів пацієнтів, вагітні з передчасними пологами в терміні 35–36 тижнів підлягають розродженню у ЗПД II рівня. За даними МіО, у 2014–2015 рр. у ЗПД II рівня було народжено 42,8–39,3% немовлят з масою тіла при народженні 1500–2499 г, а у ЗПД III рівня – 33,0–32,1%. Таким чином, 75,8–71,4% новонароджених з малою масою тіла при народженні (1500–2499 г) були забезпечені спеціалізованою і високоспеціалізованою перинатальною допомогою, а 24,3–28,6% – базовою перинатальною допомогою в умовах ЗПД I рівня. При цьому оптимальним можна вважати виконання маршрутів пацієнток з ризиком невиношування вагітності лише у Полтавській і Харківській областях, де у ЗПД I рівня було народжено 4,1–3,9% новонароджених з масою тіла при народженні 1500–2499 грамів. Потребує посилення ця робота у Запорізькій, Київській, Хмельницькій і Черкаській областях, де більше 50% недоношених немовлят із масою тіла при народженні 1500–2499 г отримали лише базову перинатальну допомогу в умовах ЗПД I рівня.

Важливим компонентом РПД є виявлення вродженої і спадкової патології плода, оскільки їх елімінація в I і II триместрах вагітності сприяє зниженню малюкової і перинатальної смертності, а виявлення вад розвитку, що підлягають хірургічній корекції, вимагає цілеспрямованого вибору акушерського стаціонару для розродження вагітної жінки. Доведено, що вроджені вади новонароджених, поряд із багатьма іншими причинами і детермінантами вроджених розладів, надалі негативно впливають на здоров'я дітей, що вижили в неонатальному періоді. Своєчасна та якісна пренатальна діагностика вроджених вад у плода дозволяє сконцентрувати таких вагітних у ЗПД III рівня і за необхідності здійснити ранню постнатальну, у тому числі хірургічну, корекцію тих чи інших аномалій та ранню абілітацію їх у зв'язку з наявністю ризику дитячої інвалідності. Усього у 2014–2015 рр. в ЗПД III рівня народилось відповідно 35,1–31,4% новонароджених з природженими вадами розвитку з різницею цього показника від 9,0–11,8% у Черкаській, 20,6–20,2% у Хмельницькій, 27,5–21,7% у Рівненській до більше 50,0% у Полтавській, Харківській і Чернівецькій областях. У цілому роботу Національного проекту стосовно забезпечення доступності високоспеціалізованої медичної допомоги цим контингентам новонароджених можна оцінити позитивно.

Показники процесу ефективності РПД, які залежать від методичного регулювання організації перинатальної допомоги у регіоні обслуговування, вивчалися і за даними частоти

кесаревих розтинів, переведених із ЗПД I–II рівнів у ЗПД III рівня пацієнтів та проведених дистанційних і виїзних консультацій.

За даними державної статистики, в Україні частота кесаревих розтинів має тенденцію до зростання (10,4% у 2000 р. і 17,4 у 2014 р.). Водночас у державах Західної Європи та США спостерігається зниження частоти операцій кесаревого розтину, що, передусім, пов'язують із природним розродженням жінок з рубцем на матці. За даними надійних досліджень, збільшення частоти кесаревого розтину вище 12,0% не впливає на зниження перинатальної патології і смертності. За даними МіО РПД, частота кесаревого розтину в цілому по Україні становила 17,7–18,3%, з різницею від 20,0–23,8% у Івано-Франківській, Одеській, Харківській, Чернігівській до  $\leq 16,0\%$  у Львівській, Черкаській, Полтавській, Вінницькій областях (рис. 4.5.17).

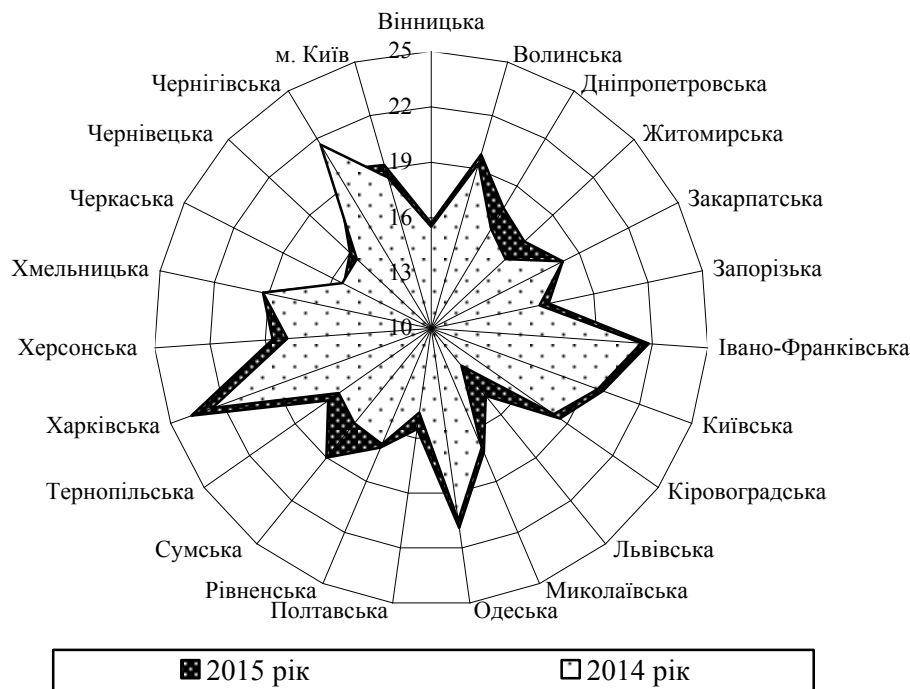


Рис. 4.5.17. Частота пологів шляхом кесаревого розтину у 2014 та 2015 рр., %

За даними досліджень, цей показник безпосередньо залежить від рівня ЗПД – найнижчий у ЗПД I рівня і найвищий – у ЗПД III рівня. Аналогічна закономірність виявлена за даними моніторингу: частота кесаревого розтину загалом в Україні у ЗПД I рівня становила у 2014–2015 рр. відповідно 12,6–13,0%, вторинного – 18,2–19,3%, третинного – 27,1–27,6% (табл. 4.5.13), що характерно для майже всіх регіонів, за винятком Чернівецької області, де показник кесаревого розтину у ЗПД I рівня вищий, ніж у ЗПД II рівня (109% і 8,3%), та м. Києва, де частота кесаревого розтину у 2015 р. у ЗПД II рівня становила 20,1%, а у ЗПД III рівня – 15,4%.

Слід зазначити, що ефект РПД є неоднорідним. Так, частота кесаревого розтину відповідає функціональним можливостям у ЗПД I рівня ( $\leq 10,0\%$ ) Львівської, Сумської, Полтавської, Тернопільської областей, у ЗПД II рівня ( $\leq 15,0\%$ ) Закарпатської, Полтавської, Рівненської і Чернівецької областей, у ЗПД III рівня ( $\leq 25,0\%$ ) Дніпропетровської, Житомирської, Запорізької, Хмельницької, Чернівецької областей. Надвисокими для ЗПД

відповідного рівня утримуються показники кесаревого розтину у ЗПД I рівня ( $\geq 15\%$ ) Волинської, Закарпатської, Івано-Франківської, Миколаївської, Хмельницької і Чернігівської областей, у ЗПД II рівня ( $\geq 20\%$ ) Волинської, Закарпатської, Івано-Франківської, Київської, Одеської, Херсонської, Хмельницької, Чернівецької областей та м. Києва, а майже кожна третя вагітна розроджена шляхом кесарева розтину у ЗПД III рівня Вінницької, Івано-Франківської, Київської, Одеської, Полтавської, Херсонської областей. Така неоднорідність частоти кесаревого розтину потребує вивчення шляхом проведення клінічних аудитів.

Таблиця 4.5.13

**Характеристика частоти пологів шляхом кесаревого розтину у 2014 р. та 2015 р., %**

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Усього в регіоні		На I рівні		На II рівні		На III рівні	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
1	Вінницька	15,5	15,7	11,6	11,2	16,2	17,1	34,3	33,5
2	Волинська	19,3	19,8	15,2	15,8	24,3	24,8	–	–
3	Дніпропетровська	16,3	17,6	11,9	12,3	15,5	16,9	24,7	23,3
4	Житомирська	15,5	16,9	13,9	14,6	–	–	20,7	24,2
5	Закарпатська	18,0	18,0	13,2	16,5	22,2	22,8	–	–
6	Запорізька	16,0	16,5	14,0	14,5	14,8	14,7	23,8	23,5
7	Івано-Франківська	21,4	21,8	15,7	15,5	20,7	35,3	33,1	34,7
8	Київська	19,6	19,9	12,5	14,6	22,3	21,0	38,1	38,6
9	Кіровоградська	18,1	18,5	12,5	14,0	18,8	19,9	32,4	28,9
10	Львівська	12,6	14,7	8,3	8,6	12,2	16,9	26,8	26,4
11	Миколаївська	17,0	17,3	15,1	15,7	19,1	17,6	–	–
12	Одеська	20,5	20,9	12,7	8,5	22,4	22,3	33,6	33,1
13	Полтавська	14,6	15,5	9,5	10,0	12,0	14,0	34,2	32,8
14	Рівненська	16,8	17,0	12,6	13,0	15,4	14,6	30,3	30,1
15	Сумська	16,6	19,0	8,2	8,8	14,7	16,9	24,5	28,5
16	Тернопільська	16,1	16,8	8,3	9,1	14,9	16,9	23,4	27,0
17	Харківська	22,6	23,8	11,9	11,7	18,3	19,6	30,8	32,7
18	Херсонська	17,8	18,6	8,4	9,0	24,5	25,3	29,4	33,4
19	Хмельницька	19,3	19,3	16,3	17,5	24,5	23,0	26,7	23,2
20	Черкаська	15,4	15,3	12,2	12,2	19,0	18,4	28,9	28,8
21	Чернівецька	15,5	16,0	10,2	10,9	6,9	8,3	22,9	22,5
22	Чернігівська	21,6	20,0	15,8	18,5	23,3	21,3	–	–
23	м. Київ	18,5	19,2	–	–	19,6	20,1	14,0	15,4
Усього		17,7	18,3	12,6	13,0	18,2	19,3	27,1	27,6

Досвід західних країн показав, що концентрація жінок групи високого ризику в ЗПД III рівня не дозволяє виключити народження немовлят із перинатальною патологією і дуже малою масою тіла при народженні у базових ЗПД. Тому в економічно розвинених країнах паралельно з процесами створення трирівневої системи ЗПД відбувалася розробка системи переведень вагітних і новонароджених. Наразі система організована таким чином, що в кожному великому регіоні є об'єднані в єдину мережу заклади усіх трьох рівнів, які вирішують не лише задачу лікування хворих, що знаходяться в даних установах, але і завдання перерозподілу пацієнтів, щоб найбільш важкі хворі потрапляли до установ третього рівня, а ті, що одужують, переміщалися до установ нижчого рівня. Така система гарантує як доступність висококваліфікованої допомоги, так і відсутність «простою» добре оснащених реанімаційних ліжок для новонароджених або госпіталізації на них непрофільних пацієнтів.

Складовою регіональної системи перинатальної допомоги в Україні є транспортування вагітних жінок і новонароджених з групи високого перинатального ризику

з однієї лікарні до іншої. За даними МіО РПД, транспортування вагітних жінок і новонароджених здійснюється спеціально обладнаними бригадами в усіх, за винятком м. Києва, пілотних регіонах.

Визнано, що частота переведень залежить як від кількості малопотужних ЗПД, так і від наявності і виконання маршрутів пацієнтів. Усього у 2014 р. у ЗПД III рівня та інші заклади третинної медичної допомоги було переведено 7,0 тис. вагітних (роділь, породіль), що становило 1,7% від загальної кількості вибулих пацієнток, а у 2015 р. – 6,1 тис. та 1,6% відповідно, з коливанням цього показника від 0,1% у м. Києві, Полтавській, 0,3% у Тернопільській, 0,8% у Черкаській, 0,9% у Чернігівській областях до 4,1% у Вінницькій, 3,9% у Чернівецькій, 3,5% у Івано-Франківській областях.

Для оцінки оптимальної кількості переведень новонароджених в Європі існує так званий «індекс неонатальних трансферів» (транспортувань). Індекс неонатальних трансферів (ІНТ) виражає кількість новонароджених, переведених до інших ЗПД, на 100 живонароджених. Сучасний показник невідкладних транспортувань новонароджених у країнах Євросоюзу становить приблизно 5–10 випадків на 1000 народжених живими. Низький ІНТ (близько 1%) вказує на оптимальний розподіл ЗПД за рівнями перинатальної допомоги і достатнє виконання функцій ЗПД III рівня стосовно забезпечення повного циклу медичного догляду за новонародженими. Фактично, там, де перинатальна допомога новонародженим високого ризику була регіоналізована, наприклад у Нідерландах, ІНТ становить <1%, тоді як у країнах із недостатньою регіоналізацією пологових відділень він досягає 2,6%, наприклад у Лаціо (Італія). У регіонах із великою кількістю малопотужних пологових будинків потреба в переведенні новонароджених також може бути вища, тому що компетенція персоналу в діагностиці перинатальних ризиків і патології знижується через спорадичне виникнення таких випадків і відсутність досвіду роботи.

При середньому в Україні показнику частоти переведень новонароджених у заклади вищого рівня перинатальної допомоги 4,1%, оптимальний (0,7%) ІНТ наявний лише у Полтавській області, а надзвичайно високий ( $\geq 6,0\%$ ) – у Житомирській, Чернівецькій Миколаївській, Черкаській і Волинській областях (рис. 4.5.18).

Великою залишається і частота переведених новонароджених із ЗПД III рівня у відділення патології новонароджених дитячих обласних (міських) лікарень – 3,5% від загальної кількості народжених у ЗПД III рівня у 2014 р. і 3,4% у 2015 р. відповідно, що може бути зумовлено незабезпеченням повного комплексу медичного догляду новонароджених у ЗПД III рівня.

Важливим компонентом перинатальної допомоги, що забезпечує своєчасну та якісну медичну допомогу, безпечне та обґрунтоване переведення пацієнтів з одного рівня на інший, є консультування пацієнтів. Відповідно до наказу МОЗ України від 15.08.2011 №514 «Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірного положення про Перинатальний центр у складі закладу охорони здоров'я» у перинатальних центрах III рівня створюється дистанційний консультативно-діагностичний центр з телемедичними технологіями.

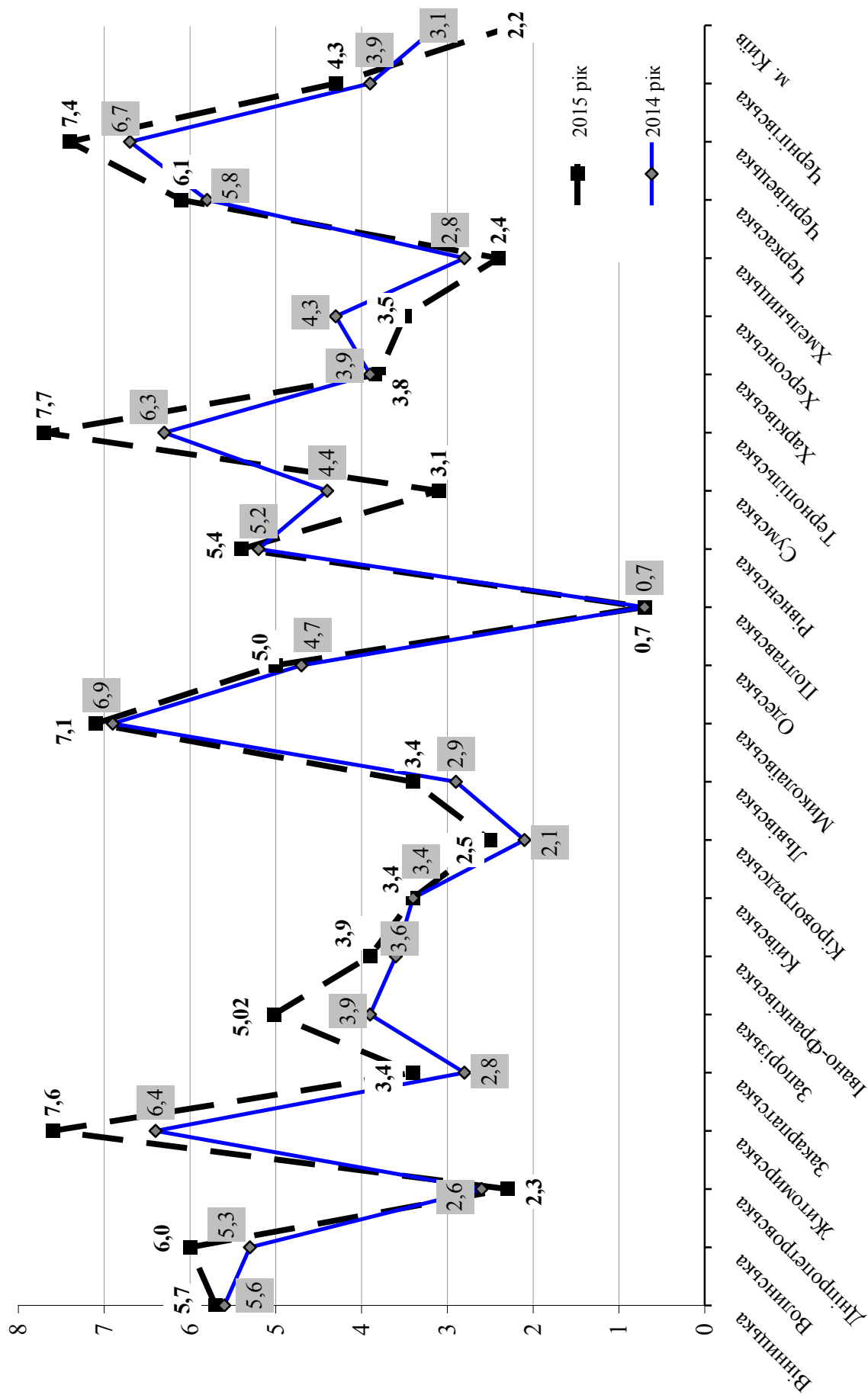


Рис. 4.5.18. Індекс трансферу новонароджених у 2014 та 2015 рр., %

Наразі такі центри функціонують у Дніпропетровській, Кіровоградській, Рівненській і Хмельницькій областях та м. Києві. У клінічних відділеннях Дніпропетровського ПЦ налагоджено цілодобове скайп-консультування пацієнтів родопомічних закладів області. Крім того, фахівцями ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України» постійно проводиться консультування вагітних та новонароджених, які народилися з відхиленнями в стані здоров'я (недоношеність, внутрішньоутробне інфікування тощо) та вагітним із високим ступенем перинатального ризику.

За даними МіО РПД, у 2014 р. було здійснено 9,7 тис. консультацій вагітних, роділь і породіль, що становить 2,3% від загальної кількості пацієнток, які закінчили вагітність, у 2015 р. – 8,3 тис. і 2,2% відповідно. Найбільше проконсультовано у 2014–2015 рр. вагітних, роділь і породіль в Одеській (12,0%, 11,%), Кіровоградській (8,0%, 5,1%), Сумській (5,7%, 2,8%) областях. За цей період відповідно проконсультовано 2,5 тис. новонароджених (0,6% від загальної кількості вибулих новонароджених) та 3,2 тис. (0,8%) новонароджених. Більш повне охоплення новонароджених консультаціями у 2014 р. було в Одеській (5,5,%) і Херсонській (4,7%) областях, а у 2015 р. – у Вінницькій (6,8%), Харківській (4,8%) та Херсонській (4,6%) областях. Аналіз здійснення виїзних консультацій у цілому ускладнений тим, що у більшості регіонів виїзні консультації здійснюються Центрами екстреної медичної допомоги із залученням спеціалістів ЗПД III рівня.

Метою РПД визначено підвищення якості та доступності перинатальної допомоги з урахуванням: раціонального використання можливостей існуючої системи надання медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим; створення можливості виходжування дітей з малою та дуже малою масою тіла при народженні, що сприятиме зниженню материнської, перинатальної і малюкової смертності та попередженню дитячої інвалідності.

Наразі в економічно розвинених країнах зниження перинатальної і малюкової смертності відбувається передусім за рахунок підвищення якості медичної допомоги дітям з дуже малою масою тіла. За даними ВООЗ, в економічно розвинених країнах виживаність новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500–999 г становить 30,0%, а новонароджених із масою тіла при народженні 1000–1499 г – 70%. Виживаність дітей з дуже малою масою тіла при народженні в США, Японії і більшості країн Західної Європи досягла 80% і 95% відповідно. За даними МіО РПД, у цілому в Україні виживаність у перші 168 годин життя новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні становила у 2014–2015 рр. 81,3–81,9%, з масою тіла при народженні 500–999 г мала тенденцію до зменшення з 64,2% у 2014 р. до 63,0% у 2015 р., а з масою тіла 1000–1499 г – тенденцію до збільшення (90,1% і 91,3% відповідно).

Доведено, що виживання новонароджених залежить як від маси тіла при народженні, так і від рівня кваліфікації медичних працівників та оснащення медичним обладнанням ЗПД. Очікувано найнижчий рівень виживання новонароджених має бути в ЗПД I рівня перинатальної допомоги, найвищий – у ЗПД III рівня, що підтверджено даними моніторингу.

Як видно на рис. 4.5.19, виживання новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500–999 г у 2014 р. коливалося від 50,9% у ЗПД I рівня до 64,4% у ЗПД II рівня, 63,6% у ЗПД III рівня, у 2015 р. – 65,0%, 69,7% і 59,4% відповідно. Як у 2014 р., так і в 2015 р. виживання новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г було найвищим у ЗПД II рівня. При цьому у 2015 р. виживання цієї категорії новонароджених у ЗПД III рівня

було нижчим, ніж у ЗПД I–II рівнів. Виживання новонароджених із масою тіла при народженні 1000–1499 г у 2014 р. становило 76,0% у ЗПД I рівня, 89,7% у ЗПД II рівня і 90,5% у ЗПД III рівня, а у 2015 р. – 86,3%, 92,2%, 92,0% відповідно. Потенційні проблеми з інтерпретацією отриманих результатів виживання новонароджених у ЗПД I, II і III рівнів, вірогідно, можуть бути спричинені некоректністю даних реєстрації живонароджених з надзвичайно малою масою тіла при народженні у ЗПД I і II рівнів та недостатньою оснащеністю ЗПД III рівня лікувально-діагностичною апаратурою. Останнє підтверджується тим, що якщо в цілому у 2015 р. у ЗПД III рівня виживання новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г становило 59,4%, то у перинатальних центрах III рівня, створених за сприяння Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства і дитинства» і достатньо оснащених високотехнологічною лікувально-діагностичною апаратурою, – 66,7%, а з масою тіла 1000–1499 г – 92,0% і 93,3% відповідно.

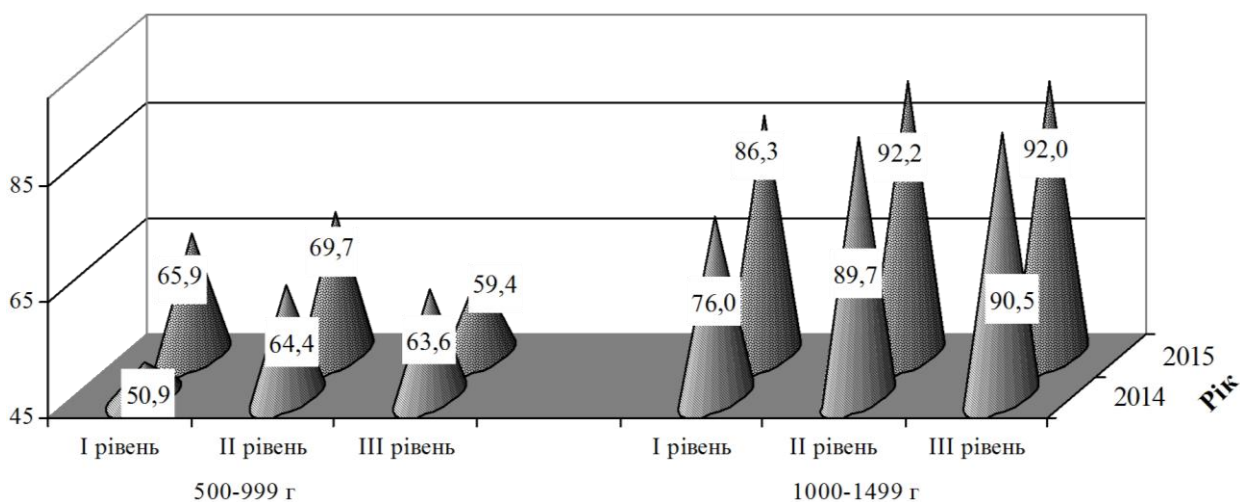


Рис. 4.5.19. Залежність виживання новонароджених у перші 168 годин життя від маси тіла при народженні та рівнів ЗПД у 2014 р. і 2015 р., %

За даними статистичної обробки виявлена достатня сила впливу як на виживання немовлят з надзвичайно малою масою тіла при народженні, народжених в умовах ЗПД III рівня, порівняно з виживанням цієї вагової групи немовлят, народжених в ЗПД I рівня – у 2014 р. відношення шансів (ВШ) з 95% довірчим інтервалом (ДІ) склало 1,7 (1,12–32,53), так і на виживання новонароджених з масою тіла при народженні 1000–1499 г. – ВШ з 95% ДІ 2,9 (2,07–4,03), а у 2015 р. статистично незначущий ефект виживання у ЗПД III рівня новонароджених із надзвичайно малою масою тіла при народженні і позитивний ефект виживання у ЗПД III рівня новонароджених з масою тіла при народженні 1000–1499 г – ВШ з 95% ДІ 1,8 (1,24–2,75).

Загалом показники виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні є неоднорідними у часі і в розрізі регіонів (табл. 4.5.14).

Як видно із табл. 4.5.14, за даними МіО РПД у 2015 р. дуже високий (95,2%) показник виживання новонароджених з надзвичайно малою масою тіла при народженні зареєстровано у Миколаївській області, високі, більше 75%, – у Волинській, Дніпропетровській, Житомирській, Закарпатській, Чернівецькій, а низькі, менше 40%, – у Івано-Франківській, Кіровоградській, Сумській, Хмельницькій областях. При цьому різниця показників



виживання цієї вагової групи новонароджених порівняно з 2014 р. збільшилася у 1,3 разу. Значно менші географічні розбіжності характерні для показників виживання новонароджених з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г – від 95,9% у м. Києві, 95,7% у Кіровоградській області до 84–88% у Чернівецькій, Черкаській, Рівненській, Львівській і Житомирській областях.

Таблиця 4.5.14

**Характеристика виживання новонароджених  
з дуже низькою масою тіла при народженні, 2014–2015 рр., %**

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Маса тіла при народженні 500–999 г		Маса тіла при народженні 1000–1499 г	
		2014	2015	2014	2015
1	Вінницька	57,7	73,7	89,5	90,5
2	Волинська	74,2	76,0	91,4	91,8
3	Дніпропетровська	79,2	76,7	88,0	91,7
4	Житомирська	71,8	83,9	82,8	87,3
5	Закарпатська	67,6	77,8	92,2	92,6
6	Запорізька	74,5	63,9	94,1	91,8
7	Івано-Франківська	60,9	31,3	87,8	88,6
8	Київська	59,5	73,5	83,8	93,6
9	Кіровоградська	52,9	31,3	93,3	95,7
10	Львівська	41,5	40,9	85,7	87,7
11	Миколаївська	87,5	95,2	92,6	93,3
12	Одеська	56,7	58,6	88,8	91,7
13	Полтавська	69,0	69,0	90,8	90,8
14	Рівненська	55,3	59,2	89,9	86,6
15	Сумська	50,0	36,4	89,2	93,2
16	Тернопільська	53,8	56,5	92,6	91,3
17	Харківська	70,3	61,4	93,0	91,6
18	Херсонська	80,0	46,4	90,5	91,3
19	Хмельницька	37,9	38,9	88,5	92,4
20	Черкаська	63,6	72,7	87,8	86,2
21	Чернівецька	66,7	77,8	93,0	84,0
22	Чернігівська	43,9	54,3	86,0	94,4
23	м. Київ	72,3	74,8	96,8	95,9
	Усього	64,2	63,0	90,1	91,3

Тенденція до зниження виживання новонароджених у 2015 р. порівняно з 2014 р. з надзвичайно малою масою тіла при народженні зумовлена зниженням виживаності у 7-ми регіонах – Дніпропетровській, Запорізькій, Київській, Львівській, Сумській, Харківській і Херсонській областях, а тенденція до збільшення виживання новонароджених з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г – за рахунок збільшення її у 15 регіонах.

Ефективність регіоналізації перинатальної допомоги вивчалася і за даними материнських перинатальних і неонатальних втрат, які є основними критеріями якості та рівня організації роботи перинатальних закладів, ефективності впровадження наукових досягнень у практику охорони здоров'я і водночас інтегруючим показником здоров'я жінок репродуктивного віку. За даними моніторингу в цілому в Україні у 2014 р. зареєстровано 52 (за даними МОЗ України – 66), а у 2015 р. – 49 випадків материнських втрат. Не зареєстровано випадків материнських втрат у 2015 р. у Львівській і Чернігівській областях; зареєстровано 8 випадків в Одеській, 6 у Запорізькій, 4 у Вінницькій областях.

При ефективному методичному регулюванні організації перинатальної допомоги основна частка материнських втрат повинна концентруватися у ЗОЗ третинного рівня. Із 49 материнських втрат у 2015 р. у ЗПД I рівня і поза ЗПД померло 19 жінок, на другому і третьому рівнях надання перинатальної допомоги – відповідно 6 і 24 жінки. Позитивним є факт збільшення індексу концентрації материнських втрат у ЗПД III рівня до 49,0% проти 36,5% у 2014 р. (ВШІ з 95% ДІ 1,5(0,6–2,98)). Усі випадки материнських втрат настали у ЗПД III рівня у Дніпропетровській, Житомирській, Івано-Франківській, Полтавській, Харківській, Хмельницькій областях, 7 із 8 в Одеській і 4 із 6 у Запорізькій областях. Потребує посилення робота із забезпечення маршрутизації пацієнток з ризиком материнської смертності у Вінницькій, Закарпатській, Миколаївській, Рівненській і Чернівецькій областях, де усі випадки материнських втрат (відповідно 4, 3, 3, 2, 2) відбулися у ЗПД I рівня або поза ЗПД. Загалом рівень материнської смертності за даними МіО РПД становив 12,6 на 100 тис. народжених живими у 2014 р. і 12,8 у 2015 р. при поляризації цього показника від 0,0 у Львівській, Чернігівській областях, менше 10,0 у Волинській, Дніпропетровській, Житомирській, Полтавській, Тернопільській, Хмельницькій областях і м. Києві до більше 20,0 у Запорізькій (36,1), Одеській (29,4), Миколаївській (28,1), Вінницькій (24,6) областях.

Одними з основних показників, які рекомендує ВООЗ для оцінки якості надання акушерської і неонатологічної допомоги, є перинатальна і неонатальна смертність (табл. 4.5.15).

Таблиця 4.5.15

**Характеристика показників перинатальної і неонатальної смертності  
у ЗПД у 2014–2015 рр. (на 1000 народжених живими і мертвими)**

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Перинатальна смертність		Неонатальна смертність	
		2014	2015	2014	2015
1	Вінницька	8,1	7,4	4,7	2,6
2	Волинська	6,3	6,4	2,5	1,9
3	Дніпропетровська	10,4	10,1	2,8	2,6
4	Житомирська	7,8	6,7	4,3	3,1
5	Закарпатська	9,5	8,6	2,9	2,9
6	Запорізька	8,3	10,4	1,4	1,2
7	Івано-Франківська	6,5	6,0	3,3	2,4
8	Київська	7,9	7,6	1,5	1,7
9	Кіровоградська	10,0	9,9	2,0	4,1
10	Львівська	10,9	11,1	6,3	6,2
11	Миколаївська	8,0	8,7	2,2	2,3
12	Одеська	9,4	9,1	4,4	2,7
13	Полтавська	8,1	8,1	4,4	4,4
14	Рівненська	7,6	8,7	3,5	2,8
15	Сумська	8,9	8,2	2,9	2,8
16	Тернопільська	8,7	8,0	2,8	3,4
17	Харківська	10,1	10,2	2,9	3,7
18	Херсонська	10,1	9,4	4,2	5,1
19	Хмельницька	7,7	6,6	2,6	3,2
20	Черкаська	7,1	7,9	3,4	3,1
21	Чернівецька	8,4	7,2	3,1	2,7
22	Чернігівська	12,1	11,5	6,2	3,5
23	м. Київ	5,4	6,0	2,6	3,1
Усього		8,6	8,5	3,4	3,1

За даними МіО РПД, рівень перинатальних втрат у ЗПД утримується на рівні 8,6 на 1000 народжених живими і мертвими (2014 р.) і 8,5 (2015 р.), з коливанням цього показника у 2015 р. від 6,0–6,7 у м. Києві, Івано-Франківській, Волинській, Хмельницькій, і Житомирській областях до 10,1–11,5 у Дніпропетровській, Харківській, Запорізькій, Львівській і Чернігівській областях. Виявлена залежність коефіцієнта перинатальної смертності від рівня закладу перинатальної допомоги: 6,2 у ЗПД I рівня, 6,4 у ЗПД II рівня і 18,7 у ЗПД III рівня. Така закономірність притаманна ЗПД більшості областей, за винятком Кіровоградської, Полтавської, Тернопільської, Хмельницької і Чернівецької, де коефіцієнт перинатальної смертності у ЗПД I рівня вищий, ніж у ЗПД II рівня.

Рівень неонатальної смертності за даними моніторингу становив у цілому по ЗПД 3,4 на 1000 народжених живими у 2014 р. і 3,1 у 2015 р., із розбіжністю в розрізі регіонів у 2015 р. від менше 2,0 у Волинській, Запорізькій, Київській до 6,2 у Львівській, 5,1 у Херсонській областях. Загалом показник неонатальної смертності у 2015 р. становив 2,6 у ЗПД I рівня, 1,8 у ЗПД II рівня і 9,0 у ЗПД III рівня. Очікувані результати показника перинатальної смертності – збільшення її рівня із зростанням рівня ЗПД – характерні лише для ЗПД Дніпропетровської Закарпатської, Тернопільської, Харківської, Хмельницької, Черкаської, Чернігівської областей і м. Києва.

Об'єктивним критерієм забезпечення маршрутів пацієнток із високим перинатальним ризиком є концентрація їх госпіталізації у ЗПД III рівня, що зумовлює велику частку плідно-малюкових втрат у цих закладах. Очікується, що при ефективному методичному регулюванні організації перинатальної допомоги у регіоні, частка перинатальних і неонатальних втрат у ЗПД III рівня від їх загальної кількості в регіоні обслуговування повинна наближатися до 60–70%. У 2014–2015 рр. частка перинатальних втрат у ЗПД III рівня загалом в Україні становить 40,8–39,4% (рис. 4.5.20).

Наразі достатньою з питань забезпечення концентрації пацієнтів із високим ризиком перинатальних і неонатальних втрат можна вважати лише діяльність ЗПД Івано-Франківської, Львівської, Сумської, Тернопільської і Харківської областей, де у 2014–2015 рр. частка перинатальних втрат у ЗПД III рівня від загальної кількості загиблих в регіоні становила  $\geq 60\%$ . Низьким, менше 30,0%, залишається ІК перинатальних втрат у ЗПД III рівня Вінницької, Київської, Херсонської, Черкаської областей.

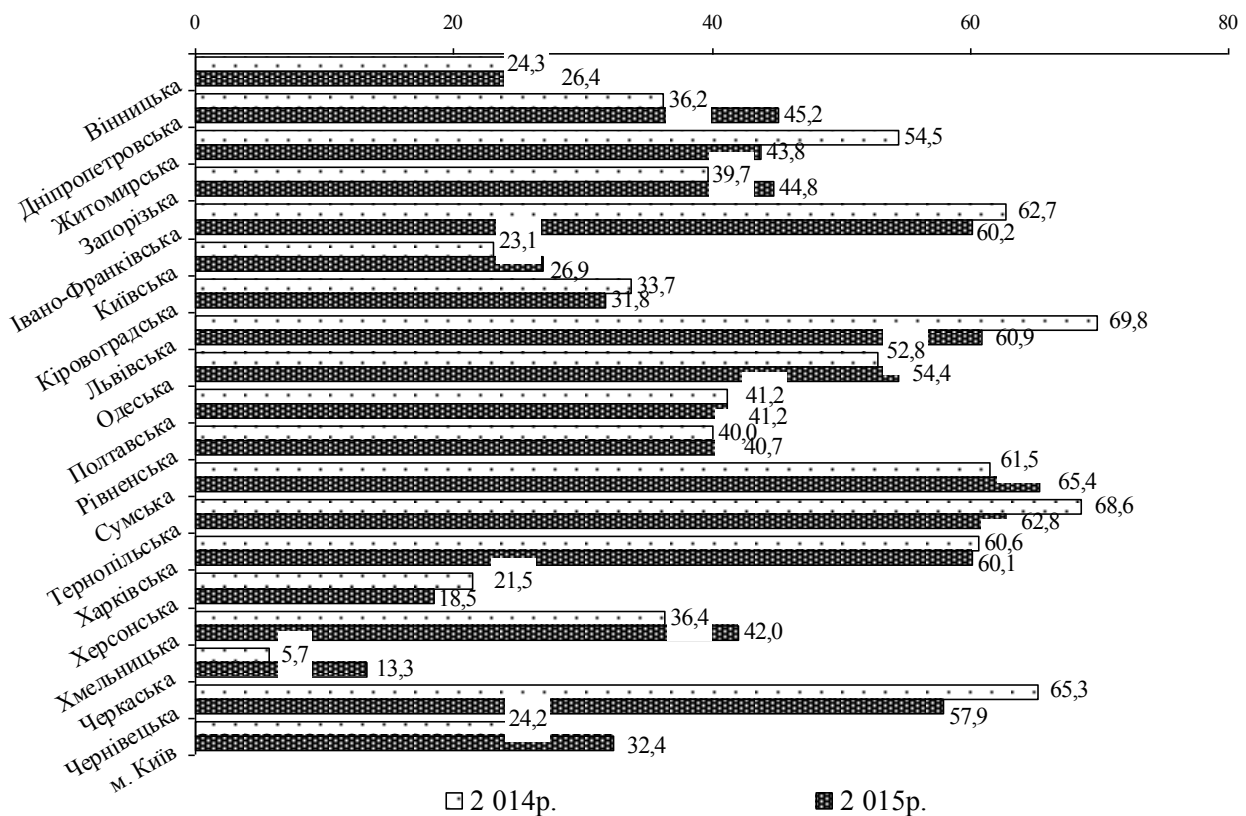


Рис. 4.5.20. Індекс концентрації перинатальних втрат у ЗПД III рівня у 2014–2015 рр., частка від загальної кількості втрат у регіоні обслуговування (%)

Аналіз розподілу неонатальних втрат у ЗПД різних рівнів засвідчив, що ІК цих втрат у цілому в Україні у 2014–2015 рр. становив 49,3–50,7% (рис. 4.5.21).

Більш високий ІК неонатальних втрат у ЗПД III рівня може бути зумовлений включенням до цього показника неонатальних втрат не лише у самостійних ЗПД III рівня, але й у відділеннях для недоношених та хворих новонароджених дитячих обласних лікарень. Оптимальним у 2015 р. можна вважати ІК неонатальних втрат у ЗПД III рівня у Львівській (86,3%), Харківській (84,3%), Тернопільській (83,3%), Житомирській (79,5%) областях. Потребує посилення робота із забезпечення маршрутів пацієнтів із високим ризиком неонатальної смертності у Черкаській, Херсонській, Вінницькій, Київській, Запорізькій областях, де ІК неонатальних втрат не сягає 40%.

Перинатальні показники, що залежать від рівня здоров'я та якості життя населення, характеризують рівень громадського здоров'я і соціального благополуччя популяції сьогодення і зумовлюють здоров'я нації на перспективу. Водночас структура і рівень перинатальної патології відображають рівень медичного обслуговування та є індикатором якості акушерської і неонатальної допомоги, а також основою для розробки заходів з удосконалення системи перинатальної допомоги.

Медико-статистичний моніторинг РПД 2014–2015 рр. у цілому підтвердив очікувані результати. У переважній більшості регіонів, за винятком Волинської, Закарпатської, Чернігівської областей, де відсутні ЗЛПД III рівня, створена трирівнева система перинатальної допомоги. Дані проведеної реструктуризації ЗПД за їх рівнями наближаються до орієнтовних: у 2014–2015 рр. у ЗПД III рівня частота розроджень вагітних становила 16,8% і 17,7% відповідно при орієнтовному за даними світового досвіду показнику 17%, у

ЗПД II рівня – 46,5% і 42,5%, у ЗПД I рівня – 36,7% і 40,3% при орієнтовних за даними досвіду ННД показниках біля 50% і біля 30% відповідно. Незначне зміщення акценту реструктуризації на первинний рівень може бути зумовлено особливостями системи фінансування ЗПД різних рівнів і загалом сфери охорони здоров'я.

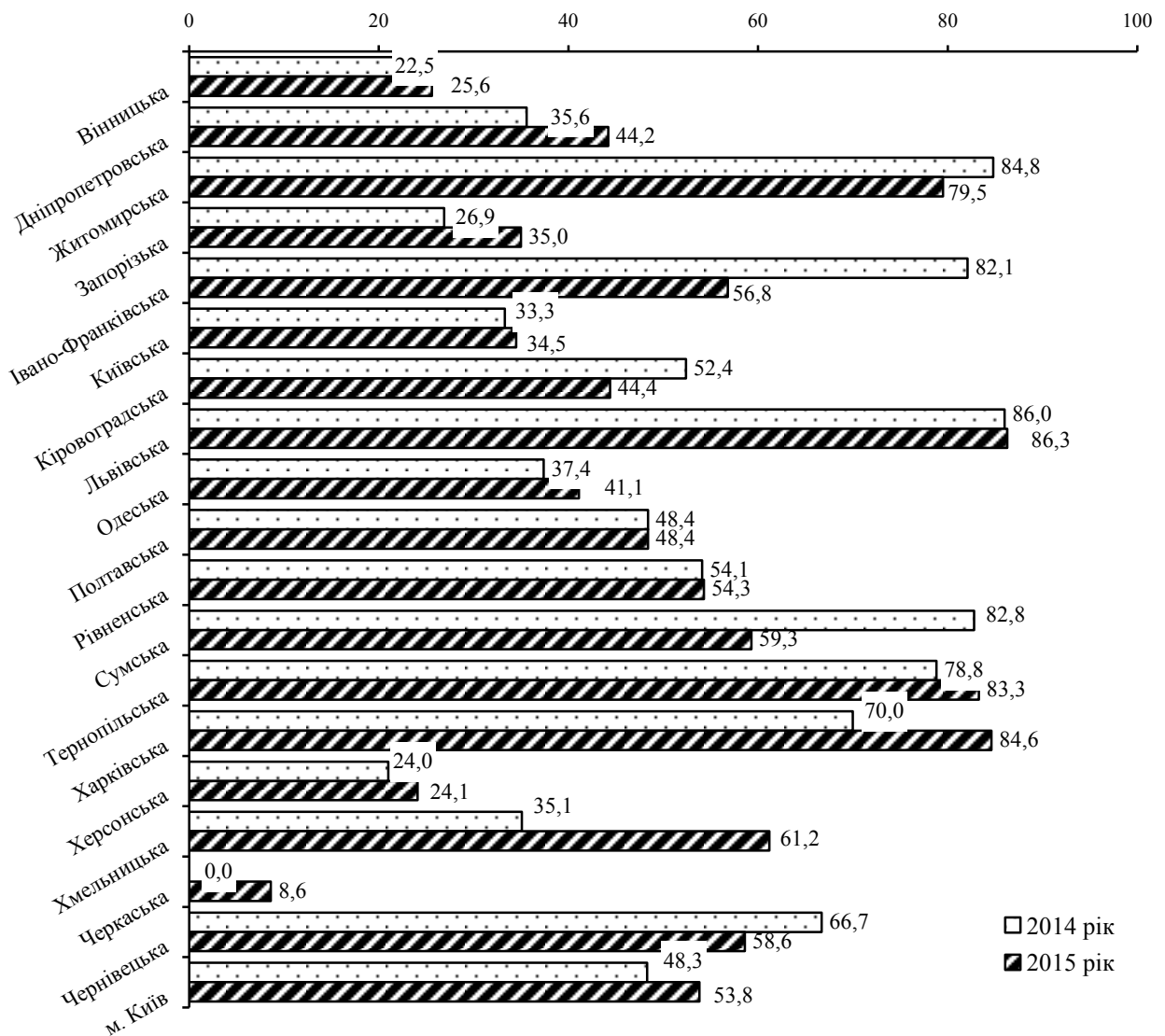


Рис. 4.5.21. Індекс концентрації неонатальних втрат у ЗПД III рівня у 2014–2015 рр., частка від загальної кількості втрат у регіоні обслуговування (%)

У цілому по Україні та в окремих регіонах забезпечена оптимальна доступність високоспеціалізованої високотехнологічної перинатальної допомоги під час пологів вагітних з вадами серця (ІК у ЗПД III рівня 61,0–66,9%) та з хворобами системи кровообігу (ІК 50,5–47,0%) при порогових значеннях цих показників не менше 50% і 25–30% відповідно.

Задовільною можна вважати доступність спеціалізованої і високоспеціалізованої перинатальної допомоги у ЗПД II–III рівнів вагітним із важкими формами прееклампсії та еклампсії – ІК 78,0% та 83,%, та з антенатальною загибеллю плода – ІК 75,1% і 72,2%.

При цьому низьким, що не відповідає медичним стандартам супроводу та надання допомоги вагітним з перинатальним ризиком, залишається ІК розроджень вагітних з цукровим діабетом у ЗПД III рівня – 46,3% і 46,9%, при регіональній диспропорції від 100% до 5,75%.

Високим, із тенденцією до зростання, утримується показник частоти кесаревих розтинів – 17,7–18,3%. Усе ще високим (4,1% при оптимальному біля 1%) залишається ІНТ.

Характерна позитивна тенденція концентрації у ЗПД III рівня розроджень немовлят з дуже малою масою тіла при народженні – 59,0% у 2014 р. і 62,0% у 2015 р., новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г і 52,4–55,3% з масою тіла 1000–1499 г та достатня концентрація у ЗПД II–III рівнів новонароджених із масою тіла при народженні 1500,0–2499 г – 75,8–71,4%.

Ефективність впровадження РПД підтверджена достатніми порівняно з даними ВООЗ у економічно розвинених країнах показниками виживання новонароджених у перші 168 годин життя – з дуже малою масою тіла 81,3–81,9%, у т. ч. з масою тіла при народженні 500–999 г – 64,2–63,0%, та новонароджених з масою тіла при народженні 1000–1499 г – 90,1–91,3%. При цьому не підтверджена гіпотеза залежності виживання немовлят з дуже малою масою тіла при народженні від рівня ЗПД (найвищий рівень у ЗПД III рівня і найнижчий у ЗПД I рівня) – за даними МіО РПД рівень виживання немовлят цієї вагової категорії у ЗПД II рівня вищий, ніж у ЗПД III рівня.

Характерна і позитивна тенденція у ЗПД перинатальної смертності – 8,6 на 1000 народжених живими і мертвими у 2014 р. і 8,5 у 2015 р. та неонатальної смертності – 3,4 на 1000 народжених живими і 3,1 відповідно при відносно низьких показниках материнської смертності (12,6 на 100 тис. народжених живими у 2014 р. і 12,8 у 2015 р.).

Проте все ще не сягають орієнтовних (60–70%) ІК у ЗПД III рівня перинатальних (40,8% у 2014 р. і 39,4% у 2015 р.) і неонатальних (49,3% і 50,7%) втрат.

#### **4.5.3. Медична допомога дитячому населенню**

Перед службою охорони здоров'я дітей стоять складні завдання щодо збереження позитивних напрацювань вітчизняної системи охорони здоров'я дітей при поступовій адаптації до ринкового типу господарювання та переорієнтації на посімейне обслуговування пацієнтів. При цьому слід забезпечити умови для розвитку і вдосконалення педіатричної допомоги, впровадження всесвітньо визнаних низьковитратних технологій.

Основними закладами, які надають догоспітальну допомогу дитячому населенню, є ЦПМСД та їх структурні підрозділи, дитячі поліклініки (відділення, консультації, кабінети). На ці заклади покладено відповідальні завдання щодо посилення профілактики захворюваності, інвалідності, формування потреб дитини в ЗСЖ, надання медичної та медико-соціальної допомоги дітям, які її потребують, і сім'ям високого соціального ризику.

Існуюча система амбулаторно-поліклінічної допомоги, як в умовах дитячих поліклінік, так і закладів сімейної медицини, функціонує за принципом територіальних дільниць і передбачає профілактичну спрямованість, доступність, справедливість, якість і повну відповідальність дільничного педіатра (сімейного лікаря) за стан здоров'я опікуваних пацієнтів. З 2009 р. у діяльність АПЗ запроваджено регламентовану наказом МОЗ України від 20.03.2008 №149 «Про затвердження клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною до 3 років» нову технологію надання медичної допомоги дітям раннього віку, яка ґрунтується на рекомендаціях ВООЗ і передбачає пріоритетність профілактичних закладів при здійсненні медичного догляду за дитиною та залучення сім'ї з метою забезпечення всебічного їх розвитку.

Нині в Україні проживає 7614,7 тис. дітей віком до 17 років, у т.ч. 463,0 тис. дітей першого року життя. За останній період чисельність дитячого населення щорічно зменшується як за рахунок низького рівня народжуваності, внаслідок чого щорічно виповнюється 17 років значно більшій кількості дітей, ніж їх народжується, так і міграційних процесів. Зростання рівня народжуваності протягом 2002–2013 рр. не сприяло призупиненню негативних тенденцій щодо чисельності дитячого населення при все ще незадовільних показниках їхнього здоров'я.

На тлі зменшення чисельності дитячого населення рівні захворюваності та поширеності хвороб залишаються високими. Поширеність хвороб на 1000 дітей віком до 17 років у 2011 р. становила 1980,54, у 2015 р. – 1742,5, а захворюваність – 1440,09 і 1274,76 відповідно. Останніми роками вже при народженні в кожного шостого–сьомого новонародженого відмічалися відхилення в стані здоров'я. Вже на першому році життя частота хворих дітей у 2015 р. становила 1429,18 на 1000 дітей відповідного віку, дітей у віці 0–6 років – 1589,9, 7–14 років – 1776,78, 15–17 років – 2083,2 відповідно.

Така ситуація зумовлює необхідність посилення профілактичної спрямованості педіатричної служби в частині як формування, так і збереження та зміцнення здоров'я підростаючого покоління.

Однією з важливих ланок профілактичної роботи акушерсько-педіатричної служби та основою досягнення найвищого рівня фізичного здоров'я та психоемоційного розвитку немовлят є забезпечення виключно грудного вигодовування. За даними наукових досліджень, природне вигодовування є запорукою досягнення оптимального розвитку дітей та адекватного стану їхнього здоров'я. Грудне молоко є кращою їжею для грудних дітей. Воно повністю забезпечує унікальні потреби дитячого організму в харчових компонентах у перші шість місяців життя. Незважаючи на розвиток індустрії дитячого харчування, альтернативи грудному вигодовуванню сьогодні не існує. Адже грудне годування – це не лише природно, дешево, стерильно і просто, це серйозний інструмент для контролю демографічної ситуації, оскільки під час годування грудьми жінка, як правило, досить тривалий період не може завагітніти. При правильному його використанні він ефективний у 98% випадків. За даними державної доповіді ЮНІСЕФ про дітей світу (2011), по всьому світу народжується 136,70 млн немовлят і тільки 32,60% із них знаходяться на виключно грудному вигодовуванні в перші шість місяців життя.

На пошкваллення зусиль із заохочення, захисту і підтримки належного годування дітей грудного і раннього віку націлена затверджена П'ятдесят п'ятою сесією Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я в резолюції WHA 55.25 від 18.05.2002 р. Глобальна стратегія щодо годування дітей грудного та раннього віку.

У ході виконання заходів Глобальної стратегії в Україні вдалося досягти позитивної динаміки частоти дітей, які знаходяться на грудному вигодовуванні. За даними офіційної статистики МОЗ України, частка дітей, які закінчили грудне вигодовування в три і шість місяців, становила у 2011 р. 27,85% і 52,6%, а у 2015 р. – 27,83% і 54,73%. При цьому у 2015 р. 44,99 немовлят закінчили грудне вигодовування у тримісячному віці в Закарпатській, 44,1% у Рівненській, 39,37% та Харківській областях, а понад 65% немовлят першого року закінчили грудне вигодовування у шість місяців у Волинській, Сумській, Черкаській, Чернігівській областях. Достатньо активно проводилася робота щодо забезпечення грудного вигодовування немовлят лише в Житомирській області, де закінчили грудне вигодовування у

три місяці 13,3%, а в шість місяців – 22,6% дітей, та в Луганській області – 21,39% і 26,8% відповідно (рис. 4.5.22).

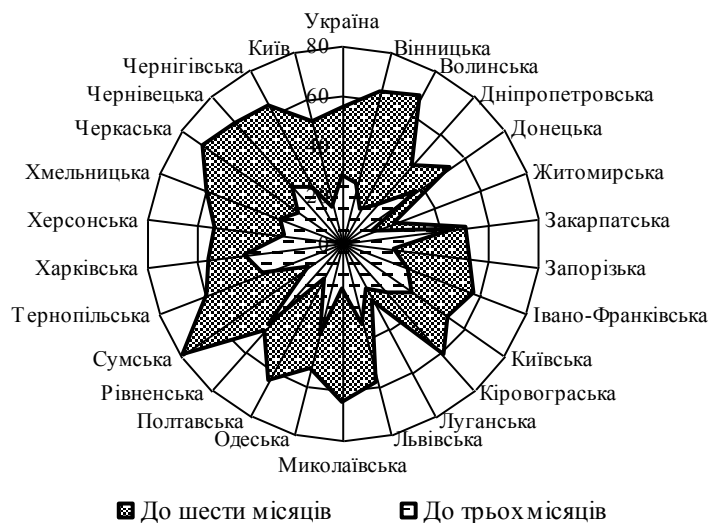


Рис. 4.5.22. Характеристика грудного вигодовування немовлят на різних територіях України у 2015 р. (%)

Потребує посилення робота стосовно пропаганди і забезпечення грудного вигодовування немовлят у Сумській, Одеській, Миколаївській, Волинській, Черкаській, Чернігівській областях, де частота дітей, що закінчили грудне вигодовування у шість місяців, перевищує 60%. Водночас вибіркові дослідження, проведені раніше, виявили вищі, ніж за даними МОЗ України, показники. Слід зазначити, що дані державної статистики не включають рекомендованих ВООЗ і необхідних для розробки стратегії охорони здоров'я дітей даних щодо частоти виключно грудного вигодовування при виписці немовлят із пологового стаціонару, у віці шість місяців та охоплення грудним вигодовуванням дітей, що досягли одного року життя.

Питання підтримки грудного і виключно грудного вигодовування є одним із основних питань РІЛДД. Наразі доведено, що частота і тривалість грудного вигодовування, у тому числі виключно грудного, залежать від своєчасності прикладання новонародженого до грудей матері. За даними моніторингу РІЛДД, у пологових стаціонарах, сертифікованих на цей статус лікарні, у 2015 р. 91,8% новонароджених прикладено до грудей матері у першу годину після народження, а виписано з пологового будинку на виключно грудному вигодовуванні 93,9%. Рівень виключно грудного вигодовування до шести місяців у закладах, сертифікованих на статус ЛДД, у 2015 р. становив 64,50%, що відповідало показнику, передбаченому Загальнодержавною програмою «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 р. (60,0%). При цьому питома вага дітей, які отримували грудне молоко у віці 12 місяців, становила понад 24%.

Профілактична спрямованість педіатричної служби оцінюється і за даними охопленням дітей специфічною імунопрофілактикою. Широкомасштабна реалізація програм імунізації в останні 30 років дає змогу досягти значних успіхів, які впливають на питому вагу інфекційних захворювань у структурі дитячої смертності.

Наразі доведено значний економічний ефект специфічної імунопрофілактики. Так, дослідження, проведені в 11 країнах Західної Європи, показали, що вартість лікування



одного випадку захворювання на кір становить 209–480 євро, тоді як витрати на вакцинацію проти кору і контроль – 0,17–0,97 євро на людину.

За даними надійних досліджень, виразний епідемічний ефект відзначається лише при охопленні щепленнями не менш ніж 95% населення. Вагоме значення має і своєчасність імунізації, яка оцінюється за показником охоплення вакцинацією у визначені календарем профілактичних щеплень терміни. Тому Законом України «Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 роки» від 21.10.2009 №1658-VI визначено забезпечення не менше 95% охоплення дітей до одного року профілактичними щепленнями проти дифтерії, правця, кашлюка, гемофільної інфекції типу b, дифтерії, правця, поліомієліту, БЦЖ, кору, краснухи, гепатиту В.

Календар профілактичних щеплень, затверджений наказом МОЗ України від 16.09.2011 №595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів», розроблений за міжнародно визнаними принципами, відповідно до рекомендації ВООЗ, з урахуванням актуальності інфекційних захворювань, епідеміологічної ситуації та не має принципової різниці у схемах імунізації, запропонованих в європейських країнах, таких як Австрія, Бельгія, Данія, Фінляндія, Франція, Німеччина, Литва, Польща.

В Україні, починаючи з 1990 р., показник охоплення дітей, які досягли одного року, первинною вакцинацією проти туберкульозу, дифтерії, кашлюка, правця, гепатиту, поліомієліту перевищував середній по країнах Європейського регіону ВООЗ і становив 98,0–99,0%. Однак, починаючи з 2008 р., ці позиції були втрачені, і у 2015 р. охоплення дітей вакцинацією БЦЖ знизилося до 36,4%, АКДП – 42,44%, проти поліомієліту – 68,0%, проти гепатиту В – 42,0% (рис. 4.5.23).

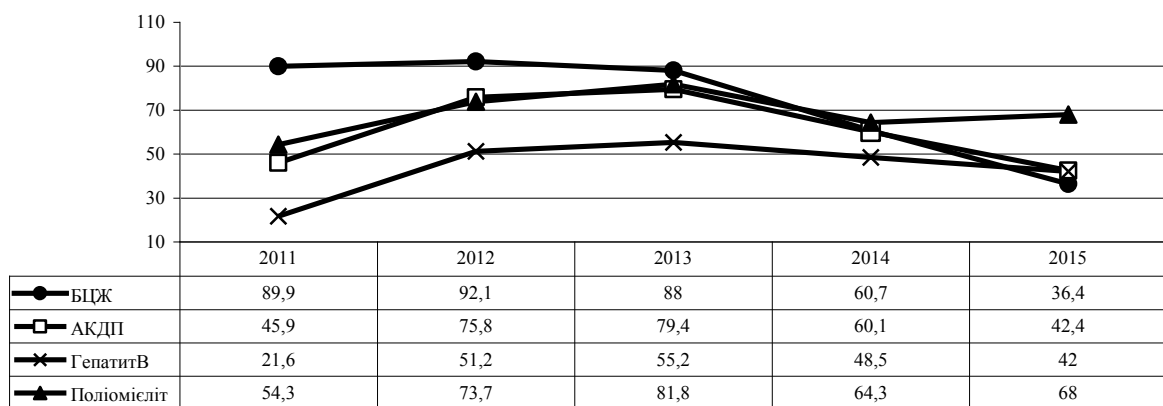


Рис. 4.5.23. Динаміка охоплення вакцинацією керованих інфекцій у дітей, що досягли одного року життя, в Україні за 2011–2015 рр. (%)

Така ситуація зумовлена не послабленням діяльності ЗОЗ, а неповним і неритмічним забезпеченням імунобіологічними препаратами за рахунок державного бюджету. Наслідком незабезпечення у 2015 р. достатнього охоплення дітей, що досягли одного року життя, щепленням проти поліомієліту стали два випадки захворювання на поліомієліт у дітей.

Одним з основних напрямів педіатричної служби є профілактика порушень здоров'я дітей. Посилення заходів із профілактики захворювань зумовлено тим, що серед дітей

залишається високою поширеність провідних чинників ризику хронічних захворювань, а особливості зростаючого організму посилюють вплив цих чинників. Профілактичні огляди дітей є своєрідним барометром стану здоров'я населення і, водночас, дієвим показником діагностичної спроможності системи охорони здоров'я, зокрема її первинної ланки, на яку покладено основний тягар профілактичної роботи.

Періодичність і технологія проведення профілактичних оглядів регламентовані наказами МОЗ України від 20.03.2008 №149 «Клінічний протокол медичного нагляду за здоровою дитиною до 3 років» та від 16.08.2010 №682 «Про здійснення медичного обслуговування учнів». На відміну від попередньої системи профілактичних оглядів дітей, останніми роками зменшено частоту обов'язкових лабораторних аналізів крові, сечі, калу, оглядів спеціалістами педіатричного профілю; передбачено розмежування долікарського і лікарського етапів, присутність батьків або інших законних представників при проведенні профілактичного огляду, можливість проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів, розташованих у сільській місцевості, медичними працівниками республіканських, ОЛ, ЦРЛ, МЛ, які забезпечують проведення профілактичних оглядів на базі територіальних ЗОЗ II–III рівнів надання медичної допомоги за наявності в них умов для виконання цієї роботи.

Новий підхід до діагностики стану здоров'я дітей при проведенні профілактичних оглядів, заснований на використанні системи показників психічного і фізичного здоров'я, передбачає спільну роботу спеціалістів ЗОЗ I–II рівнів надання медичної допомоги. Проте потребують подальшого вдосконалення шляхи підвищення діагностичної ефективності планових медичних оглядів дітей за рахунок удосконалення системи первинного скринінгу, застосування кількісної оцінки ризику патологічних станів і диференційованого визначення обсягів подальшого медичного супроводу дитини залежно від результатів скринінгу.

Моніторинг повноти охоплення профілактичними оглядами дітей віком 0–17 років, які перебували під наглядом ЗОЗ, засвідчив, що вона була достатньою і становила в цілому по Україні останніми роками 97,4–98,4%. При цьому у 2015 р. повне (понад 99%) охоплення профілактичними оглядами дітей забезпечено у 14 регіонах, а у Волинській, Полтавській, Рівненській і Харківській областях упродовж останніх років профілактичними оглядами охоплено 100,0% дітей. Лише у Закарпатській, Львівській, Херсонській областях і м. Києві охоплення профілактичними оглядами дітей становило менше 97%.

Повнота профілактичних оглядів підтверджена достатнім виявленням патології, а незначна тенденція до зменшення виявленої патології кореспондується з позитивною тенденцією захворюваності дітей віком 0–17 років. Так, у 2015 р. виявлено 13,1 тис. дітей зі зниженням слуху (1,86 на 1000 оглянутих, 2011 р. – 2,14), 33539 тис. зі зниженням зору (47,53 і 50,72), 117,1 тис. зі сколіозом (16,58 і 20,18), 291,1 тис. із порушенням постави (41,2 і 46,1) (рис. 4.5.24).

Як і в попередні роки, частота окремих видів виявленої патології також суттєво коливалася в розрізі регіонів: зниження гостроти зору – від менше 40,00 на 1000 оглянутих у Волинській, Дніпропетровській, Закарпатській, Львівській, Чернівецькій до понад 60,00 в Житомирській, Київській, Кіровоградській областях, гостроти слуху – від менше 1,50 у Волинській, Дніпропетровській, Львівській, Чернівецькій областях і м. Києві до понад 2,50 у Івано-Франківській, Кіровоградській, Сумській областях; сколіозу – від менше 10,00 в Закарпатській, Херсонській і Чернігівській областях до понад 25,00 у Донецькій, Вінницькій

і Полтавській областях, порушення постави – від менше 30,00 у Чернівецькій, Львівській, Закарпатській, Дніпропетровській областях до понад 50,00 у Київській, Полтавській, Тернопільській областях та м. Києві (рис. 4.5.25). Значні коливання виявленої при профілактичних оглядах патології у дітей потребують додаткового вивчення їх причин профільними спеціалістами.

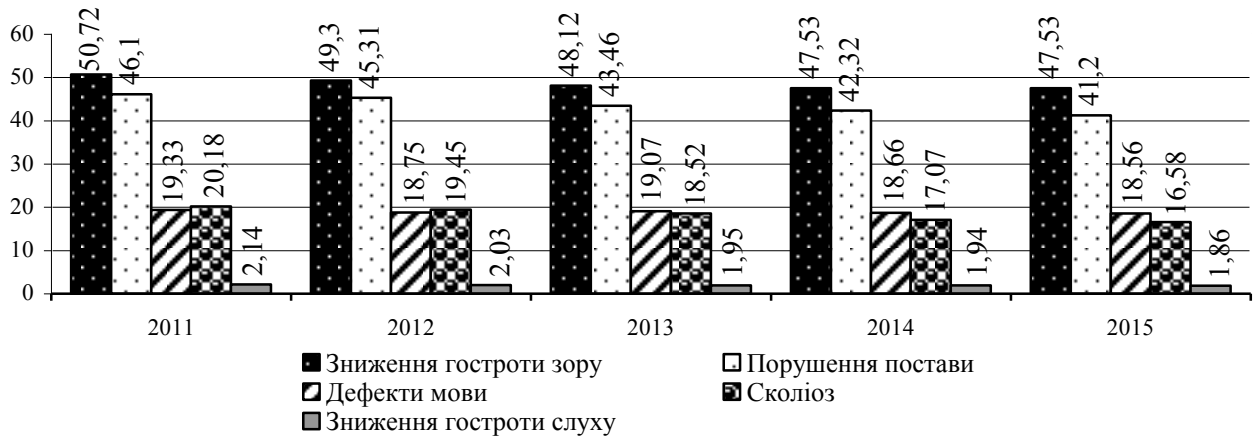


Рис. 4.5.24. Результати профілактичних оглядів дітей віком 0–17 років в Україні у 2011–2015 р. (на 1000 оглянутих)



Рис. 4.5.25. Рівень виявлення дітей 0–17 років із порушеннями постави та сколіозами під час обов'язкових медичних оглядів в Україні у 2015 р. (на 1000 оглянутих)

Загальновізвано, що своєчасне виявлення і корекція порушень постави у дітей сприяє зменшенню частоти сколіозів. При співвідношенні частоти порушень постави і сколіозів у дітей в середньому по Україні 2,48, у Запорізькій, Донецькій, Полтавській, Черкаській, Житомирській і Чернівецькій областях цей показник становив менше 2,0, що, можливо, зумовлено недостатнім виявленням порушень постави в цих регіонах та вимагає уваги.

Водночас у Херсонській і Чернігівській областях цей показник становив біля 4,5, що може бути зумовлено як своєчасним виявленням і корекцією порушень постави, так і гіподіагностикою сколіозу (рис. 4.5.26).

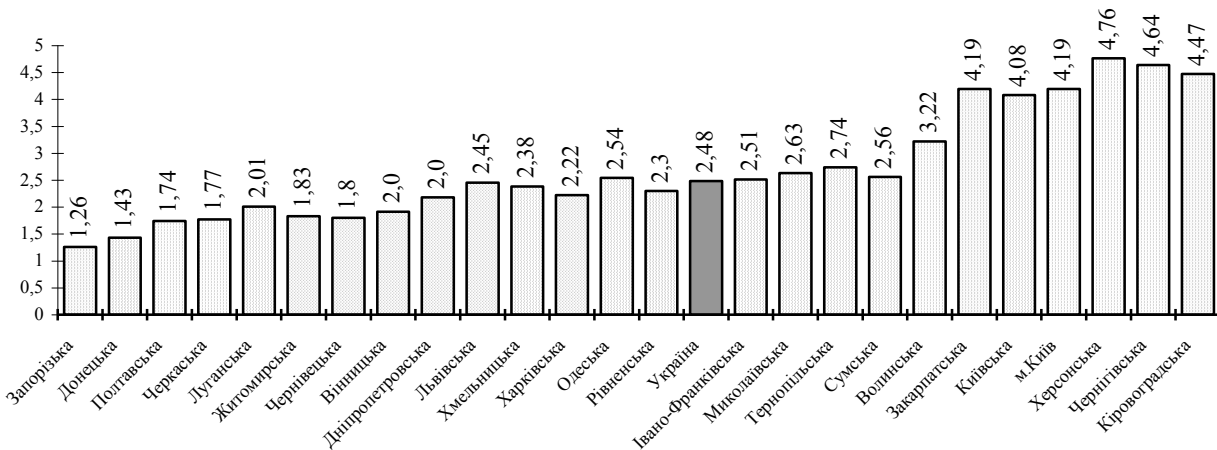


Рис. 4.5.26. Співвідношення порушення постави до сколіозу у дітей в Україні у розрізі регіонів у 2015 р.

На розвиток патології суттєво впливають умови перебування дітей у дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладах, особливо обмеження фізичної активності, предметна система виховання, недостатнє природне освітлення тощо. Реформування шкільного навчання без урахування стану здоров'я школярів призводить до збільшення різних видів патології у дітей. Учбовий процес зазнає суттєвої інтенсифікації внаслідок оновлення форм і методів навчання, технічного переоснащення шкіл, створення нових моделей загальноосвітніх шкіл і навчально-виховних комплексів. Водночас навчальна діяльність не адаптується до особливостей розвитку і стану здоров'я сучасних школярів, педагоги мають недостатню підготовку з питань збереження і зміцнення здоров'я вихованців, все ще зберігається пасивна реакція сім'ї і самих дітей щодо власного здоров'я.

Так, за період перебування дітей у дошкільних закладах і школах у них зменшується лише частота дефектів мови, а значно зростає частота іншої патології: сколіозів – у 20,5 разу, порушень постави – у 6,7, зниження гостроти зору – у 4,3, слуху – у 2,4 разу (рис. 4.5.27).

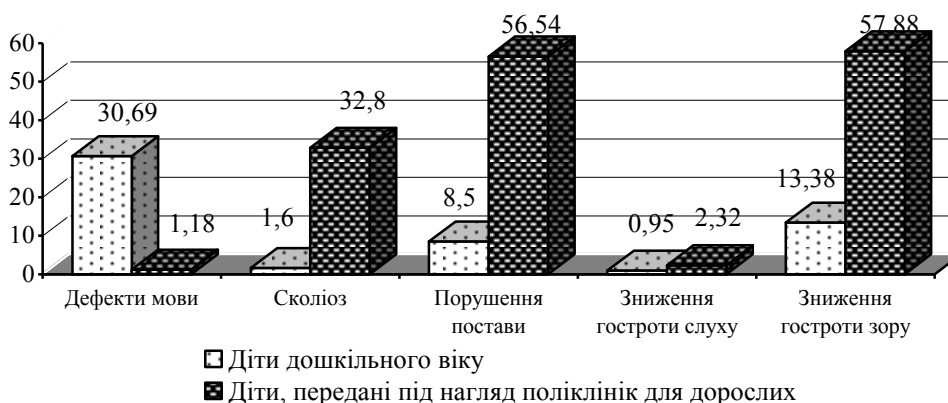


Рис. 4.5.27. Частота виявленої патології у дітей дошкільного віку та тих, що передані під нагляд поліклінік для дорослих, у 2015 р. (на 1000 оглянутих)

Високий рівень поширеності захворювань і виявленої патології серед дітей вказує на необхідність посилення як профілактичних заходів, спрямованих на попередження

виникнення патології у дітей, так і медико-соціальної допомоги, впровадження сучасних ефективних і, водночас, низьковитратних медико-організаційних технологій, що передбачено проектом Концепції соціальної педіатрії (комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності).

Важливою складовою діяльності АПЗ є організація лікувально-діагностичної роботи. Загальновизнано, що на амбулаторну ланку припадає близько 80% медичної допомоги населенню. У педіатричній службі ця частка значно вища, оскільки стаціонарним лікуванням охоплюється протягом останніх років лише 11,4–11,7% випадків хвороб, а в амбулаторних умовах – 88,6–88,3%. У 2015 р. продовжена робота із забезпечення сталого доступу до служб амбулаторно-поліклінічної ланки усіх верств дитячого населення.

Однією із всесвітньо визнаних низькозатратних стаціонарозамінних форм медичного забезпечення є денні стаціонари. За даними зарубіжних і вітчизняних авторів, в умовах денних стаціонарів може бути проліковано понад 30% хворих, які потребують стаціонарного лікування. Досвід роботи провідних дитячих поліклінік свідчить, що при правильній організації роботи в умовах денних стаціонарів може бути проліковано близько 17,2–26,0% хворих дітей.

За аналізований період кількість ліжок денних стаціонарів для дітей зменшилась на 22,4%, а число пролікованих хворих дітей – на 14,7%. Усього за 2015 р. у денних стаціонарах України проліковано 211363 хворих дітей, що становить 15,9 на 1000 зареєстрованих захворювань у дітей віком до 17 років і 11,7% від загальної кількості пролікованих у денних і лікарняних стаціонарах. В усіх регіонах України розгорнуто 5053 ліжка денного стаціонару, забезпеченість ними становила 7,0 на 10 тис. дитячого населення і коливалася від 3,1–2,1 у Київській та Рівненській областях до 13,4–10,0 у Чернівецькій, Чернігівській, Тернопільській, Хмельницькій та Луганській областях (табл. 4.5.16).

Таблиця 4.5.16

**Характеристика роботи денних стаціонарів в Україні у 2015 р.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість ліжок для дітей	Забезпеченість ліжками (на 10 тис. дітей)	Проліковано на 1 ліжку	Проліковано на 1000 захворювань
Україна	5053	7,0	41,8	15,9
Вінницька	131	4,6	48,0	10,5
Волинська	85	3,5	49,7	9,9
Дніпропетровська	468	8,1	40,1	17,4
Донецька	267	8,7	21,0	10,5
Житомирська	190	7,8	50,7	19,7
Закарпатська	140	4,8	78,9	28,1
Запорізька	286	9,5	26,1	14,7
Івано-Франківська	82	2,9	68,4	9,5
Київська	112	3,1	30,3	4,5
Кіровоградська	104	6,2	28,0	9,6
Луганська	110	10,0	26,0	16,6
Львівська	179	3,8	53,1	10,4
Миколаївська	150	7,1	47,0	20,3
Одеська	180	4,2	36,0	8,9
Полтавська	143	6,1	26,2	9,0
Рівненська	60	2,1	125,9	13,5
Сумська	145	8,1	29,0	14,8
Тернопільська	233	11,8	58,1	35,6
Харківська	397	9,1	31,7	14,5

Херсонська	201	10,3	41,0	27,3
Хмельницька	270	11,3	57,5	35,5
Черкаська	167	8,1	32,5	13,4
Чернівецька	250	13,4	36,5	29,9
Чернігівська	226	12,1	44,9	29,1
м. Київ	477	8,2	42,7	18,4

Рівень госпіталізованої в денні стаціонари захворюваності, як і в минулі роки, у 2015 р. суттєво коливався в розрізі регіонів. Найвищий рівень госпіталізованої захворюваності (35,6–35,5 на 1000 зареєстрованих захворювань) в денні стаціонари спостерігався у Тернопільській і Хмельницькій областях, понад 25,0 – у Закарпатській, Херсонській, Чернівецькій та Чернігівській областях, найнижчий – у Київській (4,5), Одеській (8,9), Полтавській (9,0), Кіровоградській (9,6), Івано-Франківській (9,5), Волинській (9,9) областях.

Існуючі форми державної статистики не дають змоги повною мірою оцінити інтенсивність роботи ліжок денного стаціонару. Однак навіть за показником середньої кількості пролікованих за рік на одному ліжку можна вважати інтенсивною (68,4–125,9) роботу ліжок денних стаціонарів у Рівненській, Івано-Франківській, Закарпатській областях і такою, що потребує посилення (до 30), – у Донецькій, Київській, Кіровоградській, Луганській, Сумській, Запорізькій, Полтавській областях.

Одним із важливих напрямів медичного забезпечення дитячого населення країни є стаціонарна медична допомога. Лікарня була і залишається сьогодні основною клінічною базою, де проводять підготовку майбутніх лікарів. У великих клінічних лікарнях у клініках ВМНЗ і НДІ підвищують свою кваліфікацію або отримують вузьку спеціалізацію уже дипломовані лікарі.

Система медичного забезпечення дитячого населення передбачає надання стаціонарної допомоги дітям переважно при найбільш важких захворюваннях, що потребують комплексного підходу до діагностики і лікування, застосування найбільш складних методів обстеження і лікування з використанням найсучасніших медичних технологій, навіть дуже високовартісних, у т.ч. оперативного втручання, постійного лікарняного спостереження та інтенсивного догляду. У рамках стаціонарної медичної допомоги традиційно вирішуються відповідальні державні завдання щодо зниження рівня малюкової та дитячої смертності, інвалідності, боротьби з прогресуючим перебігом хронічних захворювань. Цим завданням відповідає розроблений у ході реформування сфери охорони здоров'я і затверджений наказом МОЗ України від 30.12.2011 №1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я» новий тип дитячої лікарні – багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування.

За даними спеціального аналізу, існуюча кількість і структура ліжкового фонду за рівнями надання медичної допомоги (обласний, міський, районний) відповідає потребам дитячого населення в сучасний період у госпіталізації і дає змогу забезпечити однакову доступність сільському і міському населенню послуг стаціонарної допомоги і достатню якість медичної допомоги.

Як і в попередні роки, у 2015 р. стаціонарна медична допомога дитячому населенню в закладах, підпорядкованих МОЗ України, надавалася за 30 спеціальностями педіатричного профілю. При цьому кардіохірургічні ліжка функціонували лише у Львівській, Одеській

областях і м. Києві, ревматологічні – у Дніпропетровській і Львівській областях, стоматологічні – у 11 регіонах, опікові – у 15.

Аналіз ефективності використання дитячих ліжок засвідчив зменшення інтенсивності їх роботи за показниками середнього числа зайнятості ліжка за рік упродовж 2011–2015 років. Якщо у попередні роки середнє число днів роботи дитячих ліжок збільшувалось з 295,80 у 1998 р. до 319,01 у 2010 р., то упродовж останніх років зменшилось до 314,68 у 2011 р. до 308,13 у 2015 р. (табл. 4.5.17).

Таблиця 4.5.17

Динаміка інтенсивності роботи дитячих ліжок у розрізі спеціальностей у 2011 р. та 2015 р.

Профіль ліжок	Середнє число днів зайнятості ліжка на рік		Середня тривалість перебування хворого на ліжку	
	2011	2015	2011	2015
Усі дитячі ліжка, у т.ч.:	314,68	308,1	9,78	9,3
педіатричні соматичні	315,38	308,3	9,96	9,5
кардіоревматологічні	329,21	305,5	11,11	9,8
ревматологічні	320,27	355,6	10,90	9,3
пульмонологічні	328,17	319,3	10,61	10,0
гастроентерологічні	324,45	327,8	11,84	10,8
алергологічні	320,01	307,3	11,15	10,4
ендокринологічні	306,46	306,8	11,20	10,5
гематологічні	315,06	326,0	17,10	17,5
нефрологічні	328,24	323,0	12,46	11,9
інфекційні	279,66	269,3	7,37	7,0
хірургічні	314,09	309,3	6,49	6,1
нейрохірургічні	298,93	258,7	8,78	7,5
торакальної хірургії	252,25	267,5	9,17	9,5
гнійної хірургії	309,99	303,8	7,88	7,6
травматологічні	334,55	333,7	11,32	10,2
ортопедичні	335,35	313,6	13,63	12,2
урологічні	321,27	303,5	8,20	7,5
стоматологічні	320,59	269,4	7,22	5,4
онкологічні	353,31	387,6	16,43	17,1
неврологічні	335,51	328,4	28,48	11,1
психіатричні	313,43	315,0	26,25	25,2
офтальмологічні	338,07	328,0	7,40	6,8
отоларингологічні	338,46	324,4	7,32	7,1
дерматовенерологічні	318,59	313,3	17,05	15,9
відновного лікування	300,84	330,6	14,51	14,8
туберкульозні	294,70	276,1	80,98	78,1

Зменшення середньої зайнятості дитячого ліжка відбулося за рахунок зменшення її за більшістю профілів, за винятком ревматологічних (320,27 у 2011 р. і 355,57 у 2015 р.), гастроентерологічних (324,45 і 327,76), гематологічних (315,06 і 326,01), торакальної хірургії (252,25 і 267,49), туберкульозних (294,7 і 276,06) та психіатричних ліжок (313,43 і 315,02 відповідно). У цілому найменш інтенсивно протягом останніх років використовувались інфекційні ліжка (середня зайнятість – менше 280 днів), торакальної хірургії (252,25 і 267,49 дня), нейрохірургічні (298,93–258,65 дня). Наближалася до нормативної у 2015 р. лише робота гастроентерологічних, гематологічних, травматологічних, неврологічних, офтальмологічних ліжок, а наднормативної – онкологічних.

Зменшення середньої зайнятості дитячих ліжок може бути пояснено зменшенням поширеності хвороб серед дитячого населення, а зменшення середнього перебування

хворого на ліжку – впровадженням сучасних методів діагностики і лікування хворих дітей. У 2015 р. порівняно з 2011 р. середня тривалість перебування хворих на ліжку зменшилася за більшістю профілів. Незначне збільшення середнього перебування хворого на ліжку у 2015 р. відбулося на ліжках торакальної хірургії (9,17 у 2011 р. і 9,45 у 2015 р.), гематологічних (17,1 і 17,48), онкологічних (16,43 і 17,06) та відновного лікування (914,51 і 14,8). Важливо підкреслити, що при відносно низькій зайнятості упродовж останніх років психіатричних, дерматовенерологічних ліжок та ліжок відновного лікування утримувалося висока середня тривалість перебування хворих на ліжку.

Аналіз інтенсивності використання дитячих ліжок у розрізі регіонів засвідчив, що у 2015 р. достатня інтенсивність роботи ліжок (середнє число днів роботи ліжка 320 і більше днів, середня тривалість перебування на ліжку – до 9,00) досягнута лише у Вінницькій, Дніпропетровській та Житомирській областях. Найнижча інтенсивність роботи дитячих ліжок при наднормативній забезпеченості ними у 2015 р. відмічалася в м. Києві (середня зайнятість дитячих ліжок – 284,97, середня тривалість перебування на ліжку – 10,04 дня, забезпеченість дитячими ліжками – 72,97), Чернігівській (299,78, 10,62 і 80,1) та Запорізькій (282,37, 9,49 і 77,1) областях. Враховуючи, що поширеність захворювань у цих регіонах вища за пересічну по Україні, низьку зайнятість дитячих ліжок можна пояснити достатньою ефективністю роботи закладів первинного рівня медичної допомоги. Недостатньо інтенсивно (середнє число роботи ліжка менше 315 днів) працювали дитячі ліжка у Волинській, Закарпатській, Одеській, Полтавській, Рівненській, Харківській і Херсонській областях.

Зайнятість педіатричних соматичних ліжок зменшилася і у 2015 р. в цілому по Україні становила 308,26 дня при 315,38 у 2011 р., а середня тривалість перебування на ліжку зменшилася з до 9,5 дня відповідно. Нормативна робота педіатричних соматичних ліжок у 2015 р. була лише у Миколаївській області (338,54 дня). Більш раціонально працювали педіатричні соматичні ліжка у Вінницькій, Київській і Черкаській областях (робота ліжка 320 і більше днів, середня тривалість лікування – до 9,00 дня). Вкрай недостатньо, при середній зайнятості ліжка менше 300 днів, працювали педіатричні соматичні ліжка у Волинській (298,19), Запорізькій (279,45), Полтавській (266,82), Харківській (297,29) областях та м. Києві (291,96).

Сезонність госпіталізації найбільш характерна для дітей з інфекційними захворюваннями, що зумовлює низьку зайнятість інфекційних ліжок, яка протягом останніх п'яти років не перевищувала 290 днів при зменшенні середньої тривалості перебування хворих із 7,37 у 2011 р. до 7,04 у 2015 р. У 2015 р. 290 і більше днів на рік працювали інфекційні ліжка у Вінницькій (318,84), Волинській, Дніпропетровській (293,39), Житомирській (295,04), Львівській (327,61) і Хмельницькій (299,0) областях. Недостатньо були навантажені (робота ліжка менше 240 днів) дитячі інфекційні ліжка в Запорізькій (219,16), Одеській (228,8), Херсонській (9214,13), Чернігівській (226,03) областях та м. Києві (233,66), що зумовлено більш низьким рівнем госпіталізації хворих з інфекційними та паразитарними хворобами і підтверджується достатньо високим, який наближається до середнього по Україні, рівнем захворюваності дітей на цю патологію у Запорізькій, Одеській, Херсонській областях та м. Києві.

Потреба в стаціонарній допомозі та госпіталізації дітей залежить від рівня захворюваності та поширеності хвороб. На тлі зменшення захворюваності та поширеності хвороб, особливо у дітей раннього віку, частота госпіталізації до лікарняних стаціонарів зросла з 239,60 на 1000 дітей у 2011 р. до 209,88 у 2015 році. Загально визнано, що рівень госпіталізації



дітей безпосередньо залежить від рівня поширеності хвороб. Аналіз співвідношення поширеності хвороб дитячого населення та частоти госпіталізації хворих дітей до лікарняних стаціонарів засвідчив суттєві коливання цього показника від 6,0–6,9 у Кіровоградській, Миколаївській, Сумській і Херсонській областях до більше 10,0 у Івано-Франківській, Київській, Рівненській областях та м. Києві, при середньому по Україні 9,1 (табл. 4.5.18).

Отримані дані свідчать про необхідність розширення лікувально-діагностичних заходів на догоспітальному етапі в регіонах із низьким співвідношенням поширеності хвороб дитячого населення і рівнів госпіталізації дітей до лікарняних стаціонарів (Кіровоградська, Миколаївська, Сумська і Херсонська області) і проведення в них аналізу доцільності наявних рівнів госпіталізації у розрізі окремих захворювань.

Таблиця 4.5.18

**Поширеність хвороб дитячого населення та рівні госпіталізації дітей до лікарняних стаціонарів у розрізі регіонів за 2015 р. (на 1000 дітей)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Поширеність захворювань	Рівень госпіталізації	Співвідношення поширеності захворювань та рівня госпіталізації дітей
Вінницька	2 044,84	225,10	9,1
Волинська	1 798,74	189,78	9,5
Дніпропетровська	1 907,17	225,92	9,4
Донецька	1 718,67	175,38	9,8
Житомирська	2 008,27	258,69	7,8
Закарпатська	1 355,76	177,10	7,7
Запорізька	1 745,32	244,27	7,2
Івано-Франківська	2 105,13	185,95	11,3
Київська	2 398,11	225,02	10,7
Кіровоградська	1 773,20	258,69	6,9
Луганська	1 547,10	200,10	7,3
Львівська	1 887,89	217,63	8,7
Миколаївська	1 669,43	269,51	6,2
Одеська	1 615,32	210,15	7,7
Полтавська	1 774,02	237,29	7,5
Рівненська	2 019,88	192,86	10,5
Сумська	1 620,01	270,48	6,0
Тернопільська	1 875,56	232,18	8,1
Харківська	2 056,03	280,68	7,3
Херсонська	1 533,68	223,33	6,9
Хмельницька	1 832,66	250,41	7,3
Черкаська	1 973,21	268,17	7,3
Чернівецька	1 650,11	220,80	7,5
Чернігівська	2 107,93	262,42	8,0
м. Київ	2 239,86	216,49	10,4
Україна	1742,76	209,88	8,3

У структурі вибулих хворих, як і в минулі роки, протягом 2013 р. провідні місця посіли пацієнти із хворобами органів дихання (41,9%), ендокринними хворобами, розладами харчування та порушеннями обміну речовин (10,5%), деякими інфекційними та паразитарними хворобами (7,47%), травмами, отруєннями та деякими іншими наслідками дії зовнішніх чинників (6,23%).

Важливе значення, особливо в період воєнних дій на сході України, має забезпечення хірургічної допомоги дітям. Усього за 2015 р. в стаціонарних умовах проведено 234531

операцію у дітей, що становило 30,8 на 1000 дитячого населення. Охоплення оперативним втручанням дитячого населення коливалося в розрізі регіонів від 51,4 на 1000 дитячого населення в м Києві, 40,5–42,4 у Дніпропетровській, Харківській і Чернівецькій областях до 19,2 у Закарпатській, 20,3 у Луганській, 21,4 у Івано-Франківській областях.

У структурі оперативних втручань у стаціонарних умовах у 2015 р. провідні місця посіли операції на ЛОР-органах (24,76%), шкірі (1,58%), органах травлення (16,3%), кістково-м'язовій системі (10,2%) (рис. 4.5.28).

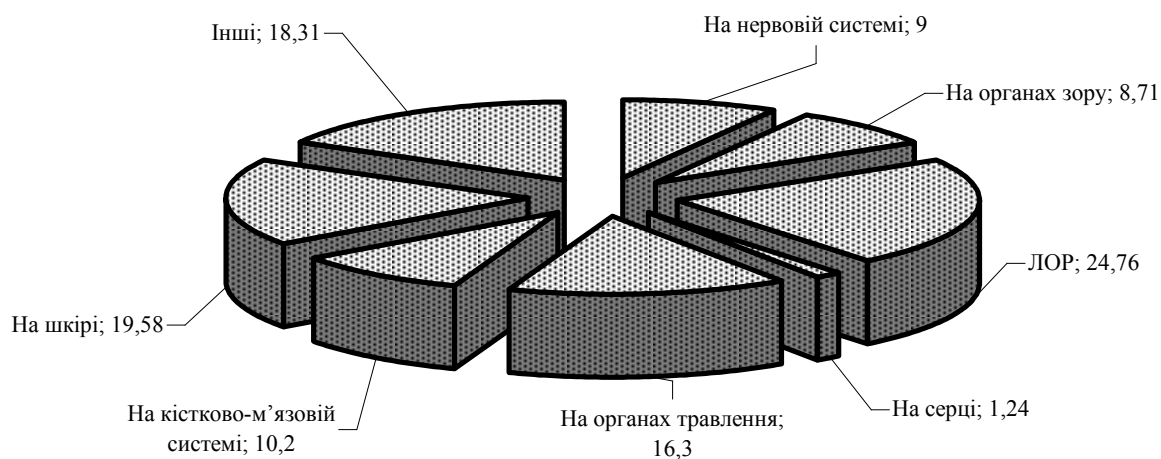


Рис. 4.5.28. Структура проведених операцій у стаціонарах за 2015 р. (%)

Останніми роками частота післяопераційної летальності в середньому по Україні становила 0,14–0,15%. На відносно низькому рівні (0,03–0,05%) утримувалися показники післяопераційної летальності у Івано-Франківській, Кіровоградській, Луганській, Сумській, Полтавській та Чернігівській областях. Високі показники післяопераційної летальності (0,22–0,3) у Харківській, Одеській областях та м Києві утримуються за рахунок великої частоти операцій з потенційно високою летальністю. Впровадження технологій клінічних протоколів сприяло зниженню у 2015 р. порівняно з 2011 р. показників післяопераційної летальності дітей при операціях на нервовій системі (3,2% – у 2011 р., 2,8% – у 2015 р.), органах дихання (1,7% і 1,2%), на серці (1,9% і 1,6%).

Поліпшення якості стаціонарної допомоги дітям підтверджено позитивною тенденцією загальної летальності (0,26% – у 2011 р., 0,23% – у 2015 р.), летальності до одного року – 1,08% та 0,98% при збереженні відносно низької середньої тривалості перебування на ліжку (9,05 і 9,33) (табл. 4.5.19).

Таблиця 4.5.19

Характеристика деяких показників якості надання стаціонарної допомоги дітям у 2011 та 2015 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Середня тривалість перебування на ліжку		Летальність у дітей 0–17 років, %		Летальність у дітей до 1 року, %	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015
Вінницька	8,52	8,82	0,26	0,20	1,18	0,80
Волинська	8,87	8,98	0,29	0,19	0,94	0,70
Дніпропетровська	8,85	8,98	0,26	0,25	1,28	1,23
Донецька	9,38	9,65	0,30	0,24	1,30	1,30
Житомирська	8,21	8,32	0,21	0,17	0,90	0,70
Закарпатська	9,07	9,52	0,39	0,36	1,19	1,03

Запорізька	9,40	9,49	0,26	0,21	1,08	0,83
Івано-Франківська	8,84	9,03	0,25	0,23	1,29	1,00
Київська	9,17	9,39	0,23	0,19	0,98	0,73
Кіровоградська	9,53	9,83	0,32	0,21	1,46	1,06
Луганська	9,20	9,94	0,21	0,25	0,87	1,34
Львівська	9,29	9,45	0,30	0,24	1,57	1,27
Миколаївська	9,14	9,27	0,21	0,13	0,85	0,55
Одеська	8,60	8,93	0,29	0,28	1,01	0,94
Полтавська	8,52	8,77	0,16	0,16	0,61	0,67
Рівненська	8,61	9,24	0,27	0,27	1,10	1,11
Сумська	9,13	9,38	0,16	0,16	0,77	0,84
Тернопільська	9,39	9,66	0,20	0,15	1,11	1,02
Харківська	8,71	8,89	0,22	0,25	1,07	1,23
Херсонська	9,77	10,32	0,27	0,25	1,13	1,12
Хмельницька	9,08	9,46	0,18	0,20	0,70	0,89
Черкаська	9,32	9,47	0,20	0,18	0,85	0,75
Чернівецька	9,41	9,62	0,22	0,21	1,27	1,07
Чернігівська	9,95	10,62	0,14	0,20	0,68	0,92
м. Київ	9,44	10,04	0,30	0,30	1,15	1,13
Україна	9,05	9,33	0,26	0,23	1,08	0,98

Середня тривалість перебування на ліжку зросла у 2015 р. порівняно з 2011 р. в усіх регіонах з діапазоном коливань цього показника 8,52–9,95 у 2011 р. і 8,32–10,62 у 2015 році. При цьому середня тривалість перебування на ліжку у 2015 р. до 9 днів зареєстрована у 7 регіонах, а понад 10 днів – у 3-х (Херсонська і Чернігівська області та м. Київ).

Летальність дітей віком 0–17 років у 2015 р. залишилася на рівні 2011 р. у Полтавській, Рівненській, Сумській областях та м. Києві; збільшилася з 0,22% у 2011 р. до 0,25% у Харківській області; у решті регіонів залишилася на одному рівні. Діапазон коливань загальної летальності у розрізі регіонів становив від 0,15–0,16% у Житомирській, Полтавській, Сумській, Тернопільській областях до 0,36% у Закарпатській області, 0,3% у м. Києві, 0,28% в Одеській області. Звичайно, така різниця показників летальності в розрізі регіонів зумовлена і якістю медичної допомоги, і частотою вибулих пацієнтів із хворобами, яким притаманна висока летальність.

У цілому показники летальності серед дітей віком 0–17 років у стаціонарах сформувалися за рахунок померлих від окремих станів, що виникають у перинатальному періоді (45,98%), ПВР (24,17%), деяких інфекційних та паразитарних хвороб (4,72%), травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників (4,98%), новоутворень (6,28%) (рис. 4.5.29).

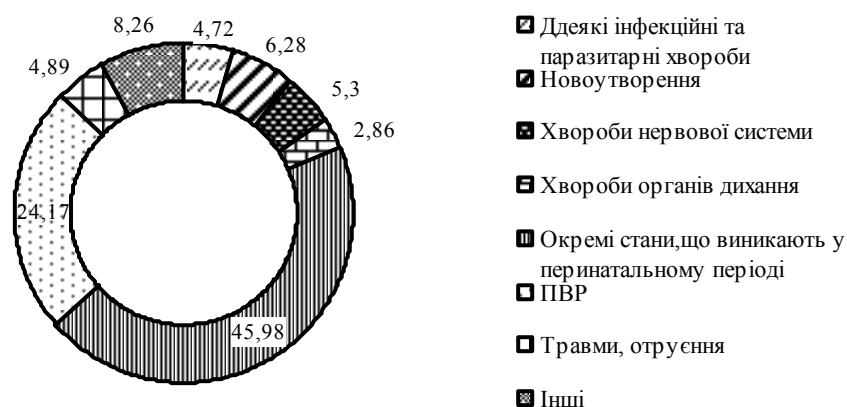


Рис. 4.5.29. Структура основних причин смерті хворих дітей у стаціонарах України у 2015 р. (%)

Рівень лікарняної летальності дітей першого року життя скоротився на тлі зниження захворюваності цієї вікової групи дітей, що зумовлено переорієнтацією служби охорони здоров'я матері і дитини на всесвітньо визнані перинатальні технології з доведеною ефективністю. У структурі летальності дітей першого року життя провідні місця посіли окремі стани, що виникають у перинатальному періоді (60,01%) та ПВР (31,6%).

#### 4.5.4. Діяльність будинків дитини

До важливих функцій педіатричної служби належить медико-соціальне забезпечення дітей-сиріт та дітей, що залишилися без батьківської опіки. Адже вони є однією з незахищених, уразливих верств населення та постійно потребують підвищеного піклування з боку держави та суспільства. У мікросередовищі цієї частини дитячого населення відсутній найважливіший для дитини соціальний інститут – сім'я. Із сім'ї починається світ кожної людини, без неї стає неможливим повноцінний розвиток дитини, її соціалізація. У батьківському домі закладається моральне і фізичне здоров'я, психологічна стійкість, працездатність, теплота і милосердя до людей, життєздатність і цілеспрямованість.

Згідно з Конвенцією ООН про права дитини, яка набула чинності в Україні з 1981 р., «кожна дитина має право на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я та засобами лікування хвороб і відновлення здоров'я, а дитина, що тимчасово або постійно позбавлена сімейного оточення, має право на особливий захист і допомогу, яка надається державою».

Упродовж останніх років зменшилася кількість дітей-сиріт, що може бути зумовлено значним скороченням кількості дітей, від яких відмовились батьки в акушерських стаціонарах. За період 2011–2015 рр. кількість дітей, від яких відмовились батьки в акушерських стаціонарах при народженні, скоротилась на 247 осіб (табл. 4.5.20).

Таблиця 4.5.20

Динаміка кількості і частоти дітей в Україні, від яких відмовились батьки в акушерських стаціонарах, за 2011-2015 рр.

Рік	Народились живими	Діти, від яких відмовились батьки	Частота на 1000 народжених живими
2011	494329	599	1,21
2012	513999	566	1,10
2013	496979	456	0,92
2014	444873	372	0,84
2015	399313	352	0,88

Існуюча система медико-соціальних послуг дітям-сиротам та дітям, що залишилися без батьківської опіки, в Україні зберегла основні її риси в колишньому СРСР. За роки суверенності в Україні сформована нормативно-правова база медико-соціального забезпечення дітей-сиріт і механізми її реалізації. Останніми роками пріоритетність державної опіки над дітьми-сиротами зазнає певних змін, зростає орієнтація на створення та підтримку сімейних форм піклування, які на сьогодні вважаються більш гуманними і переважають за частотою в країнах далекого зарубіжжя, забезпечення реабілітації дітей - вихованців будинків дитини та дітей із сімей, які опинились у складних життєвих обставинах.

Зменшення кількості дітей-сиріт та дітей, що залишилися без батьківської опіки, розширення усиновлення, опіки (піклування), а також впровадження нових форм виховання дітей, які залишились без батьківської опіки, зокрема прийомних сімей, дитячих будинків

сімейного типу, сприяли зменшенню кількості будинків дитини з 47 у 2011 р. до 39 у 2015 р., кількості місць у них (5044 і 3370) та вихованців (3433 і 2401 відповідно). Незначне збільшення кількості дітей у будинках дитини у 2015 р. порівняно з 2014 р. (2401 та 2265) може бути зумовлено воєнними діями на сході України (табл. 4.5.21).

Таблиця 4.5.21

Діяльність будинків дитини в Україні у 2011–2015 рр.

Рік	Кількість будинків дитини	Кількість місць у них	Кількість дітей на кінець року	З них дітей-сиріт	З числа вибулих (на 100 вибулих)	
					передано на усиновлення	взято батьками
2011	47	5044	3433	н/д	44,66	22,20
2012	44	4764	3126	1767	43,49	27,47
2013	44	4438	2725	1548	41,04	27,25
2014	39	3851	2265	1111	38,55	25,24
2015	39	3370	2401	1166	38,79	22,19

Нині всі будинки дитини мають карантинні відділення та ізолятори для хворих дітей, за винятком Волинського будинку дитини, де немає ліжок в ізоляторі. У 2015 р. функціонувало 308 ліжок в ізоляторах будинків дитини (9,14% від загальної кількості ліжок) та 333 ліжка в карантинних відділеннях (9,98% від загальної кількості ліжок). Відповідно до завдань і функцій будинків дитини та з урахуванням особливостей і потреб регіонів у кожному з них функціонує своя організаційно-структурної модель. Наразі медико-соціальна реабілітація дітей, які проживають у сім'ях, здійснюється в 5-ти амбулаторних відділеннях, 12 відділеннях денного перебування на 252 ліжка, 17 стаціонарних відділеннях на 352 ліжка. У будинку дитини Івано-Франківської області функціонує хоспісне відділення на 15 ліжок. Лише у 2015 р. у цих відділеннях пройшли реабілітацію 6858 дітей із сімей, які опинились у складних життєвих обставинах, та 189 дітям надана паліативна допомога.

Проведення заходів державної політики щодо захисту прав дітей, реалізації Конвенції ООН про права дитини сприяло забезпеченню повернення 22,18% дітей із загальної кількості вибулих до біологічних батьків. Зниження питомої ваги усиновлення (з 44,66% у 2011 р. до 38,79% у 2015 р.) може бути зумовлено зменшенням дітей-сиріт. Якщо до 2009 р. щорічно в акушерських стаціонарах відмовлялося від дітей близько 2% дітей, то у 2015р. р. цей показник становив 0,88%.

Поєднання дії таких факторів, як негативні явища в сім'ях дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, недоліки в системі утримання та виховання цих дітей, збільшують можливість формування відхилень стану соматичного і психічного їх здоров'я.

Лише створення оптимальних умов перебування дітей у будинках дитини, виховання, раціонального харчування, повного і своєчасного комплексу відновного лікування дає змогу забезпечити належний їх фізичний і психічний розвиток, зміцнити стан соматичного здоров'я.

Аналіз захворюваності вихованців будинків дитини засвідчив тенденцію до зростання її рівня з 129,03 у 2011 р. на 100 вихованців до 138,06 у 2015 р. (рис. 4.5.30).

Як і в попередні роки, серед усіх зареєстрованих вперше в житті захворювань у даного контингенту перше місце посіли хвороби нервової системи (21,47%), друге – хвороби органів дихання (15,96%), третє – природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (13,66%), четверте – розлади психіки та поведінки (10,31%), п'яте – ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (6,18%). Поширеність хвороб

серед вихованців будинків дитини за цей період зростає з 251,58 до 293,98 на 100 вихованців. Високий рівень поширеності хвороб вихованців будинків дитини зумовлений значною частотою у них хронічних хвороб. Так, у 2015 р. поширеність хвороб нервової системи вихованців будинків дитини становила 60,18 на 100 вихованців і у 19,3 разу перевищила таку серед відповідної групи дітей загальної популяції, природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій – 38,3 і у 11,8 разу відповідно.

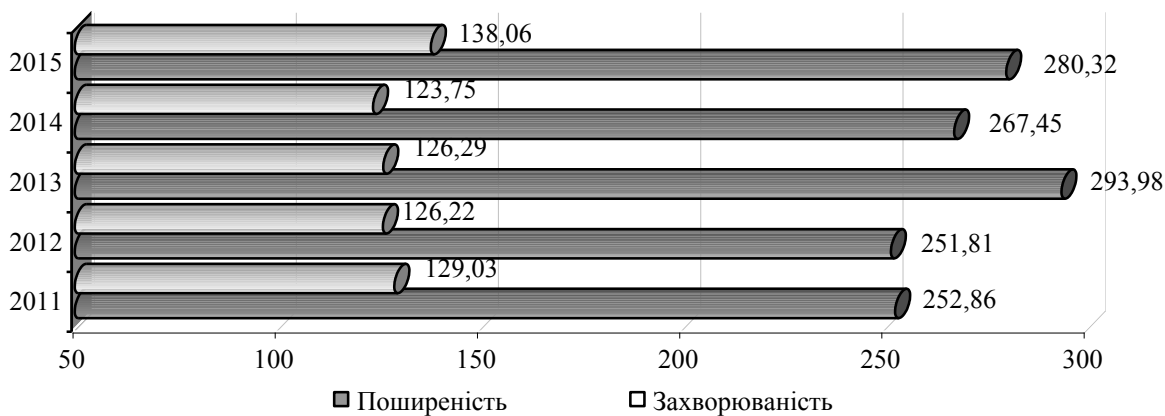


Рис. 4.5.30. Динаміка поширеності хвороб та захворюваності вихованців будинків дитини в Україні за 2011–2015 рр. (на 100 вихованців)

Як і в попередні роки, у 2015 р. спостерігалися значні коливання захворюваності і поширеності хвороб серед вихованців будинків дитини різних регіонів (рис. 4.5.31).



Рис. 4.5.31. Характеристика захворюваності та поширеності хвороб вихованців будинків дитини у 2015 р. (на 100 вихованців)

Найвищі рівні захворюваності вихованців будинків дитини у 2015 р. зареєстровано у Чернівецькій (301,92 на 100 вихованців), Волинській (250,0), Рівненській (226,36), Чернігівській (215,05) областях, а відносно низькі (менше 100,0) – у м. Києві (84,1), Закарпатській (59,7), Донецькій (95,17), Львівській (97,3), Сумській (99,3) областях. При

цьому загальний рівень захворюваності вихованців будинків дитини все ще незначно перевищував аналогічний показник серед відповідної групи загальної популяції дітей (1377,2 на 1000 відповідного населення).

Найвищі рівні поширеності хвороб у 2015 р. зареєстровано серед вихованців будинків дитини Донецької (454,11 на 100 вихованців), Дніпропетровської (427,73), Волинської (408,4) областей; нижчі за середні по Україні – у будинках дитини Закарпатської (97,22), Львівської (154,2), Тернопільської (156,25) і Полтавської (199,24) областей.

Високі рівні поширеності хвороб серед вихованців будинків дитини зумовлені переважно значно вищою, ніж у загальній популяції населення, поширеністю таких хронічних захворювань, як природжені вади нервової системи, хромосомні аномалії, ДЦП, розумова відсталість. Ці важко хворі діти не можуть бути усиновленими або виховуватися в прийомній сім'ї чи дитячому будинку сімейного типу через надважкий стан здоров'я і потребують застосування низки лікувальних і реабілітаційних заходів.

Створення належних умов перебування дітей у будинках дитини, підвищення ефективності медичного догляду за ними сприяли позитивній динаміці смертності дітей (2011 р. – 0,77%, 2015 р. – 0,57%). При цьому в будинках дитини 14 регіонів у 2015 р. не зареєстровано жодного випадку смерті. Високі рівні смертності вихованців будинків дитини у 2015 р. зафіксовано у будинках дитини Миколаївської (1,87 на 100 вихованців), Тернопільської (1,6) Полтавської (1,53) областей та м. Києва (1,67).

Аналіз діяльності будинків дитини засвідчив значні проблеми зі здоров'ям у вихованців будинків дитини. Привертає увагу низький рівень здоров'я цього контингенту, значна поширеність нервових, психічних хвороб, дисгармонійного фізичного розвитку. Слід зазначити, що сьогодні немає регламентуючих документів і стандартів із різних питань для дитячих будинків. Потребує розробки клінічний протокол медичного догляду вихованців будинків дитини.

На виконання цих заходів спрямована Концепція реформування будинків дитини на період до 2017 р., затверджена наказом МОЗ України від 20.02.2010 №70, що передбачає реформування будинків дитини в принципово нову організаційну модель, яка має включати два основні структурні підрозділи: закритого типу – будинок дитини в сьогоденному понятті, де виховуються діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, віком до чотирьох років, а також відкритого типу – центр медико-соціальної реабілітації, що створюється у складі будинків дитини, а також удосконалення системи профілактики соціального сирітства шляхом забезпечення медико-соціального захисту дітей із сімей, які опинилися в складних життєвих обставинах, забезпечення гарантованого права кожній дитині, незважаючи на її соціальне походження, вік, стан психічного та фізичного здоров'я, проживати та виховуватися в родині.

Аналіз діяльності служби охорони здоров'я матері і дитини України засвідчив, що за складних соціально-економічних умов служба забезпечила достатній доступ до медичних послуг жіночого і дитячого населення на всіх рівнях їх надання при збереженні профілактичної спрямованості медичної допомоги жінкам і дітям: збільшено охоплення вагітних своєчасним медичним наглядом і обстеженням на СНІД, забезпечено достатнє охоплення профілактичними оглядами дитячого населення, закріплена позитивна динаміка небажаної вагітності, частоти нормальних пологів, виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні, частоти хворих новонароджених.

З метою закріплення позитивних результатів роботи служби охорони здоров'я матері і дитини доцільно зберегти відпрацьовану систему діяльності, координації та управління службою на всіх етапах її надання, продовжити впровадження орієнтованої на сім'ю моделі акушерського догляду та госпіталізацію дітей із акцентом на збереження сімейних зв'язків, продовжити регіоналізацію перинатальної допомоги, зокрема розвиток і функціонування закладів вторинної перинатальної допомоги.

Доцільно розробити Національний план дій у рамках ініціативи ВООЗ, ЮНІСЕФ «Кожен Новонароджений», метою якого є припинення попереджувальних смертей новонароджених і зменшення частоти розвитку інвалідизуючої патології серед дітей України, організувати системи спостереження, раннього втручання та паліативної допомоги дітям із хронічною перинатальною патологією на основі системного підходу.

Необхідно продовжити роботу з планування і регулювання спеціалізації дитячого ліжкового фонду. В основу цього процесу слід покласти певні принципи: наукове обґрунтування спеціалізації дитячого ліжкового фонду; її економічну рентабельність, відповідність регіональної патології з урахуванням прогностичних оцінок, демографічної ситуації, потреби населення в лікарській допомозі; при цьому потрібно уникати дублювання дитячих спеціалізованих ліжок, особливо на територіях із населенням до 1,5 млн осіб.

Зрозуміло, що для виконання завдань служби охорони здоров'я матері і дитини необхідна активна допомога громадських організацій, збереження і зміцнення міжнародних зв'язків, а також реалізація на державному рівні заходів, спрямованих на забезпечення прав жінок і дітей, адекватної соціальної допомоги дітям, створення сприятливих умов для їх розвитку, виховання і навчання, оздоровлення довілля тощо.

#### **4.6. Аналіз розвитку екстреної медичної допомоги**

Діяльність служби ЕМД регулюється Законом України «Про екстрену медичну допомогу», прийнятим на початку 2013 р.

Надання ЕМД за адміністративно-територіальним принципом окремо взятої території є не досить ефективним і може призводити до зниження доступності та якості такого виду допомоги. З метою запобігання цих загроз залучаються у разі потреби найближчі заклади ЕМД сусідніх територій.

За таким принципом мережа закладів ЕМД має бути приведена у відповідність до потреб населення у таких медичних послугах. При цьому має бути визначена потреба на кількість та місцезнаходження пунктів постійного і тимчасового базування бригад ЕМД для своєчасного надання ЕМД.

Станом на 31.12.2015 р. в Україні функціонувало 25 регіональних центрів ЕМД (аналогічний період 2014 р. – 24). Протягом 2015 р. у структурі ЕМД відбулися деякі зміни і на кінець 2015 р. вона мала такий вигляд:

- станції ЕМД – 106 (2014 р. – 132);
- пункти постійного базування – 781 (2014 р. – 789);
- пункти тимчасового базування – 244 (2014 р. – 188);
- підстанції – 472 (2014 р. – 466).

Загальна кількість структурних підрозділів збільшилася на 28 одиниць з 1575 у 2014 р. до 1603 у 2015 році.



За досвідом останніх 3 років після прийняття Закону України «Про екстрену медичну допомогу» очевидно, що одним із головних завдань системи ЕМД є створення оперативно-диспетчерської служби центрів ЕМД та МК.

Досвід регіонів (у 2014 р. функціонували 2 оперативно-диспетчерські служби в містах Київ та Харків), в яких створена оперативно-диспетчерська служба, переконливо довів її переваги.

За 2015 р. відкрилися та працюють оперативно-диспетчерські служби в територіальних центрах Дніпропетровської, Запорізької та Херсонської областей.

На 2016 р. в якості пілотних регіонів щодо введення в дію оперативно-диспетчерських служб визначені територіальні центри ЕМД та МК Вінницької, Полтавської, Сумської та Чернігівської областей.

Приміщення для оперативно-диспетчерських служб виділені у 23 регіонах України, крім Черкаської та Луганської областях. За відсутності коштів поки не відремонтовані виділені приміщення у Волинській, Донецькій, Житомирській, Кіровоградській, Луганській та Одеській областях.

З цієї ж причини немає оснащення для оперативно-диспетчерських служб у 21 центрі ЕМД та МК.

Станом на 31.12.2015 р. ЕМД в Україні надавали 2 920 бригад (проти 2 955 бригад у 2014 р., тобто їх загальна кількість зменшилася на 35 од.).

У загальній кількості бригад ЕМД майже 2/3 належало фельдшерським бригадам, зокрема: лікарські загальнопрофільні становили 34% (991 одиниця проти 1010 у 2014 р.), фельдшерські – 61% (1790 одиниць проти 1795 у 2014 р.), спеціалізовані – 5% (139 проти 149 у 2014 р.). Найбільше скорочення зафіксовано серед спеціалізованих бригад.

Забезпеченість автомобілями бригад ЕМД по Україні становила 3 259 одиниць, з них:

- типу «В» – 3034 (93% від нормативу);
- типу «С» – 225 (31,5% від нормативу).

За тривалістю експлуатації та технічним станом рухомого складу, який залишає бажати кращого, 54% машин експлуатувалися до 5 років (2014 р. – 51,5%), 22% – 5–10 років (2014 р. – 26%), 24% – понад 10 років (2014 р. – 22,5%); 12% машинного парку потребували капітального ремонту (за рік цей показник не зазнав змін), а 13,5% підлягали списанню (2014 р. – 12,7%).

Укомплектованість бригад ЕМД медичними виробами у 2015 р. була різною, зокрема, забезпеченість апаратами:

- ЕКГ – 100%;
- дефібриляторами – 81,2%;
- комплектами дихальної апаратури – 86,7%;
- відсмоктувачами – 78,0%;
- інтубаційними наборами – 50,4%;
- комплектами вакуумних шин – 88,0%.

Служба ЕМД за штатним розписом налічувала 52368 посад, у т.ч. 15,2% (7960 одиниць) лікарських, 42% молодих спеціалістів із медичною освітою, 11,8% молодшого медичного персоналу, 31% іншого персоналу.

Загальний відсоток укомплектованості працівників системи ЕМД у 2015 р. становив 87,6%, з них найменше (74%) були укомплектовані лікарські посади, а найбільше (91%) –

посади молодших спеціалістів із медичною освітою. Комплектність молодшого медичного персоналу становила 88,5%, іншого персоналу – 89,5%.

Серед загальної кількості персоналу працівники зі стажем роботи до 3 років становили 15%, або 6 291 особа (2014 р. – 14,5%), у т.ч. лікарі – 15,1% (2014 р. – 12%), молодші спеціалісти з медичною освітою – 16,3% (2014 р. – 15,3%).

Майже такий самий відсоток із загальної кількості працівників становили особи пенсійного віку – 16,5% (6 952 особи), який фактично не змінився порівняно з 2014 р. (16%), але за останній рік у 1,5 разу збільшився серед лікарів – 28,8% проти 20% у 2014 р.

Серед лікарів 20,2% (2014 р. – 20%) від загальної кількості атестованих мали категорію: вищу – 45% (2014 р. – 44,4%); I категорію – 19,9% (2014 р. – 21,3%); II категорію – 8,7% (2014 р. – 9,1%).

Серед молодших спеціалістів із медичною освітою 79,8% (2014 р. – 80%) від загальної кількості атестованих мали категорію: вищу – 50,3% (2014 р. – 50,5%); I категорію – 13% (2014 р. – 12,8%), II категорію – 10,4% (2014 р. – 10,2%).

Кількість звернень по ЕМД у 2015 р. становила 9 579 168, з них:

- відмовлені необгрунтовані виклики – 439 413 (4,6% проти 4,4% у 2014 р.);
- особи, яким надано допомогу при амбулаторних зверненнях, – 607 562 (6,3% проти 6,6% у 2014 р.).

Кількість виїздів бригад ЕМД на випадки, що закінчились летально, у 2015 р. дорівнювала 132 178, що становило 1,5% (2014 р. – 1,5%) від загальної кількості викликів, з них смерть настала:

- до приїзду бригади ЕМД – 94% (2014 р. – 94,3%) від випадків, що закінчились летально;
- у присутності бригади ЕМД – 6% (2014 р. – 5,7%) від випадків, що закінчились летально (0,09% від загальної кількості виїздів).

Відповідно до нормативу, визначеного постановою КМУ від 21.11.2012 №1119 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події», доїзд бригади ЕМД до 10 хв. з моменту звернення становив по Україні у 2015 р. 70,5% (2014 р. – 71,8%) від усіх виїздів, до 20 хв. – 87,8% (2014 р. – 89%).

Зі здійснених виїздів за викликами:

- I місце посіли виїзди на раптові захворювання та стани – 76,6% (2014 р. – 76%);
- II місце – нещасні випадки, травми та отруєння – 8,1% (2014 р. – 7,9%).
- III місце – перевезення пацієнтів, породіль до лікувальних закладів та травмунктів – 4,2% (2014 р. – 4,7%).

З 2014 р. в Україні діє протокол надання ЕМД при раптовій зупинці серця, який відповідає міжнародним стандартам, визначеним у країнах Європи. У 2015 р. кількість офіційно зареєстрованих випадків проведення успішних реанімацій становила 182 (у 2014 р. – 120).

Бригади ЕМД беруть участь у проведенні тромболізісів за програмою профілактики смертності від ССЗ, запропонованою лікарями-кардіологами.

Кількість тромболізісів, за даними центрів ЕМД та МК, у 2015 р. становила 2552, що на 458 більше порівняно з 2014 р. (2094).

Ця тенденція має можливість для збереження в подальшому, але для цього потрібне додаткове фінансування.

МОЗ України розробляє проект постанови «Про затвердження Порядку проведення атестації формувань та працівників служби медицини катастроф щодо відповідності фахового рівня підготовки та стану здоров'я для надання екстреної медичної допомоги постраждалим безпосередньо в зоні надзвичайної ситуації».

Наказом МОЗ України створено робочу групу з питань удосконалення системи ЕМД, яка провела вже два засідання з питань реформування та розвитку ЕМД.

МОЗ України працює над доповненнями та змінами до наказу МОЗ України від 06.02.2014 №101 «Про затвердження Примірною табеля (переліку) оснащення структурних підрозділів системи екстреної медичної допомоги».

Наказом МОЗ України від 15.01.2014 №34 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги» затверджено 22 клінічні уніфіковані протоколи з надання ЕМД.

На розгляд і рецензію головним позаштатним спеціалістам МОЗ України у 2016 р. будуть подані:

- 12 протоколів із надання ЕМД;
- протоколи екстреної диспетчеризації;
- 3 протоколи та настанова з надання ЕМД при високонебезпечних надзвичайних ситуаціях.

Основні заходи щодо подальшого реформування екстреної медичної допомоги:

- продовження роботи зі створення оперативно-диспетчерських служб;
- створення відділень невідкладної допомоги;
- забезпечення матеріально-технічними та лікарськими засобами, підвищення ефективності використання ресурсів ЕМД;
- підвищення доступності та якості ЕМД;
- збільшення внеску ЕМД у поліпшення здоров'я населення;
- формування позитивного ставлення населення та медичних працівників до формування (модернізації) ЕМД.

Реформа ЕМД знаходиться на вірному шляху. Це підтверджується сьогодні в зоні АТО. Відсутність фінансування з обласного бюджету та управління ресурсом з єдиного центру не дало б змоги організувати роботу системи на територіях Донецької та Луганської областей.

Серед усіх поранених у зоні АТО 90% евакуйовані саме бригадами ЕМД.

Важливим напрямком підготовки населення є навчання навичкам надання домедичної допомоги. Навчальними відділами центрів ЕМД та МК навчено до 5 тис. військослужбовців та цивільних осіб навичкам надання домедичної допомоги.

Зокрема, ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» у 2015 р. видано 7 методичних рекомендацій з питань надання ЕМД у зоні АТО; підготовлено 3 інформаційні пам'ятки для цивільного населення; 11 науково-методичних посібників.

#### 4.7. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні

Сьогодні у багатьох країнах світу та в Україні створення і розвиток доступної та ефективної системи паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) населенню є однією з найважливіших медико-соціальних проблем суспільства та одним із найбільш пріоритетних медико-соціальних та гуманітарних завдань урядів і громадськості. Про глобальну актуальність проблеми ПХД населенню свідчать Рекомендації ВООЗ, Рекомендація Комітету Міністрів держав-членів Ради Європи (2003), спеціальні Резолюції Парламентської Асамблеї Ради Європи (2008 і 2014), Паризька Хартія по боротьбі з раком (2000), Празька Хартія (2013) та інші документи авторитетних міжнародних організацій. Це зумовлено невпинно зростаючою кількістю паліативних пацієнтів – інкурабельних хворих внаслідок швидкого постаріння населення, збільшення кількості людей, як похилого, так і працездатного віку, а також дітей, які вмирають від онкологічних та важких ускладнень інших хронічних соматичних та інфекційних захворювань (зокрема серцево- та церебросудинних захворювань, цукрового діабету, хвороби Альцгеймера, СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів В і С тощо), а також природжених вад розвитку, спадкових та генетичних захворювань, важких травм тощо.

Саме ПХД є сучасним пацієнт-сім'я-орієнтованим гуманітарним підходом, який найбільш адекватно забезпечує потреби та належну якість життя паліативних пацієнтів та їхніх рідних, сприяє збереженню людської гідності наприкінці біологічного життя. Розвиток ПХД – це напрямок діяльності органів охорони здоров'я та соціального захисту населення, за яким у сьогоднішньому світі оцінюють цивілізованість конкретної держави та гуманність суспільства взагалі. Тому ПХД вимагає інноваційних підходів для задоволення медичних, психологічних, соціальних та духовних потреб інкурабельних хворих та членів їхніх родин.

З точки зору організації ПХД, паліативні пацієнти потребують адекватного знеболення, більш або менш тривалого медико-соціального догляду, морально-психологічної та духовної підтримки. Актуальність проблеми вимагає створення та розвитку доступної та ефективної системи надання паліативної допомоги в Україні, створення мережі закладів для надання паліативної допомоги, що відповідають сучасним міжнародним стандартам, залучення широких кіл громадськості до вирішення питань, пов'язаних із полегшенням страждань невиліковно хворих та їхніх рідних.

Аналіз багатьох документів авторитетних міжнародних організацій, зокрема ВООЗ, Парламентської Асамблеї Ради Європи, Європейської Асоціації паліативної допомоги, Міжнародної Асоціації хоспісної і паліативної допомоги, дає змогу визначити сучасну парадигму ефективної системи надання ПХД, яка полягає в тому, що обов'язок урядів усіх держав – забезпечити доступність професійної ПХД усім верствам населення, незалежно від захворювання, соціального статусу, статі, віку та національності, релігійних і політичних переконань, місця проживання інкурабельних хворих та членів їхніх родин.

Досвід багатьох країн світу переконливо доводить, що ПХД найбільш адекватно забезпечує потреби та належну якість життя паліативних пацієнтів та їхніх рідних, сприяє збереженню людської гідності наприкінці біологічного життя – під час хвороби інкурабельного пацієнта і після його смерті на період скорботи родини. Це досягається завдяки застосуванню мультидисциплінарного і міжсекторального підходу до надання ПХД,

що дозволяє забезпечити цілісний підхід до паліативного пацієнта як до особистості, виходячи з його індивідуальних потреб, вікових та психоемоційних, релігійних та культурних особливостей інкурабельних пацієнтів та членів їхніх сімей.

Основними потребами паліативних пацієнтів є:

- доступне та ефективне знеболення;
- адекватне симптоматичне лікування;
- професійний догляд;
- морально-психологічна підтримка;
- соціальна допомога;
- максимально можливе продовження соціальної і професійної активності;
- юридичний супровід;
- духовний супровід.

Відповідно до сучасних підходів і стандартів, ПХД повинна забезпечувати чотири обов'язкові складові, що відрізняє її від традиційного симптоматичного/паліативного лікування в термінальній стадії захворювання:

1. Медична складова, що забезпечує ефективний контроль хронічного больового синдрому, лікування симптомів захворювань і професійний догляд інкурабельних пацієнтів.

2. Психологічна складова, що дозволяє зменшити відчуття страху і тривоги, здійснювати профілактику та контроль депресивних станів і стресу у паліативних пацієнтів та їхніх рідних, а також впроваджувати заходи щодо запобігання синдрому професійного/емоційного вигорання у персоналу та волонтерів, залучених до надання ПХД.

3. Соціальна складова, що забезпечує матеріальну підтримку сім'ї паліативного хворого, побутові та ритуальні послуги, юридичне консультування та допомогу в оформленні документів тощо.

4. Духовна складова, яка забезпечується священнослужителями різних релігій, церков та конфесій, відповідно до побажань і потреб паліативного хворого та членів його сім'ї.

Паліативна допомога надається інкурабельним пацієнтам усіх вікових груп і нозологічних форм на підставі:

- кваліфікованої оцінки ступеня важкості і динаміки прогресування захворювання, інтенсивності та характеру больового синдрому;
- діагностування характеру та ступеня розладу функцій органів і систем організму;
- визначення ступеня втрати спроможності до самообслуговування, фізичної активності та працездатності;
- урахування конкретних фізичних, психічних і духовних потреб паліативних пацієнтів та членів їхніх родин;
- прогнозу тривалості життя тощо.

Одержувати ПХД пацієнти та члени їхніх родин можуть у хоспісах або в центрах ПХД, спеціалізованих відділеннях паліативної медицини багатопрофільних лікарень, онкологічних, психоневрологічних, геріатричних, протитуберкульозних диспансерів тощо, у центрах профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, у лікарнях та відділеннях сестринського догляду або вдома, інтернатах та інших установах системи соціального захисту населення тощо. До надання ПХД населенню залучаються спеціально підготовлені фахівці стаціонарних закладів та виїзних бригад ПХД, медичні працівники закладів ПМСД

або працівники закладів і установ соціальної опіки, неурядових та благодійних організацій, родичі, друзі та волонтери.

У світі потреба у ПХД оцінюється на рівні 80–100 стаціонарних ліжок на 1 млн населення.

До надання ПХД населенню повинні залучатися: лікарі загальної практики – сімейні лікарі, дільничні терапевти та дільничні педіатри, онкологи, терапевти, психіатри, геріатри, психотерапевти та медичні психологи, невропатологи, пульмонологи, гематологи, гастроентерологи, анестезіологи, педіатри, фізіатри, інфекціоністи тощо, а також фельдшери ФАПів та інші середні медичні працівники.

*Особливості сучасної медико-демографічної ситуації в Україні, що зумовлюють актуальність та нагальну потребу створення і розвитку системи ПХД*

Особливостями медико-демографічної ситуації в Україні впродовж останніх десятиліть є швидке постаріння населення, високий рівень захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень (ЗН) і важких ускладнень хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ), значне поширення захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД, туберкульоз, вірусні гепатити «В» і «С», наслідки аварії на Чорнобильській АЕС тощо. Впродовж 2014 та 2015 років в Україні з'явилася значна кількість інкурабельних хворих та інвалідів із числа поранених у зоні АТО. Цим зумовлений один із найвищих у світі рівнів смертності, що спостерігається в Україні.

Слід додати, що зазначені вище та інші інкурабельні захворювання, особливо в декомпенсованих і термінальних стадіях перебігу, супроводжуються виразним больовим синдромом та іншими тяжкими розладами життєдіяльності, що завдають значних фізичних і моральних страждань, суттєво знижують якість життя пацієнтів і членів їхніх родин. Це потребує створення та розвитку в Україні доступної та ефективної системи надання ПХД населенню.

Розрахункова потреба у ПХД в Україні становить понад 580 тис. осіб. На жаль, сьогодні в Україні 85% хворих помирають вдома, наодинці, страждаючи від болю, депресії, відсутності належного догляду. Невиліковна хвороба викликає різноманітні духовні, психологічні та соціальні проблеми у хворого та членів його родини, пов'язані з потребами догляду.

Впродовж останніх десятиліть одним із найбільш вагомих чинників, що зумовлюють зростання потреби у ПХД в Україні, є швидке постаріння населення. Сьогодні, за даними Державного комітету статистики України та Центру медичної статистики МОЗ України, вік понад 3 млн громадян України перевищує 75 років. У значної частини літніх людей суттєво знижується якість життя – вони страждають через хронічний негемовний біль, важкі порушення функцій органів та систем, когнітивні розлади, значне зниження або втрату здатності до фізичної активності та самообслуговування внаслідок ускладнень хронічних прогресуючих інкурабельних захворювань, а також через відсутність необхідної психологічної та соціальної підтримки і догляду, самотність та соціальну ізоляцію.

Наступним чинником, що зумовлює нагальну потребу населення у ПХД, є те, що на кінець 2015 р. кількість хворих на ЗН в Україні перевищувала 1 млн осіб, серед яких близько 5,5 тис. дітей. У понад 400 тис. мешканців України у 2015 р. були діагностовані ЗН. Викликає занепокоєння, що у понад 45% пацієнтів ЗН діагностують на інкурабельних стадіях розвитку захворювання. Це зумовлює понад 90 тис. смертей від онкологічних захворювань

щороку, серед яких понад 80% хворих страждають унаслідок інтенсивного хронічного больового синдрому, і майже 100% пацієнтів у термінальній стадії онкологічних захворювань потребують професійної мультидисциплінарної ПХД.

Слід зазначити, що туберкульоз залишається в Україні найбільшою причиною смерті серед усіх інфекційних та паразитарних хвороб. У 2014 р. від туберкульозу померли 5,24 тис. осіб. Високий рівень смертності серед хворих на хронічний туберкульоз, особливо у випадках мультирезистентних форм, також потребує створення спеціалізованих протитуберкульозних закладів ПХД, у яких повинні бути забезпечені заходи інфекційного контролю та створені відповідні умови догляду за епідемічно небезпечними респіраторними хворими.

За темпами поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу Україна посідає одне з перших місць у Європі і світі. Станом на кінець 2015 р. на диспансерному обліку в Україні перебували майже 140 тис. ВІЛ-інфікованих осіб і близько 29 тис. хворих на СНІД, хоча, за експертними даними, реальна кількість ВІЛ-інфікованих в Україні становить 500–800 тис. хворих. Викликає тривогу, що щороку збільшується кількість випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом (переважно гетеросексуальним). У перспективі це спричинить розвиток СНІДу у значного числа ВІЛ-інфікованих, які не були вчасно виявлені і не отримували специфічної АРТ. Це також зумовлює нагальну необхідність вирішення проблеми надання ПХД цій категорії хворих.

У 2015 р. в Україні було зареєстровано понад 120 тис. хворих на вірусний гепатит С і понад 1 млн осіб, які інфіковані вірусним гепатитом В. Майже у 80% пацієнтів спостерігається прихований (безжовтяничний) перебіг із подальшою хронізацією процесу, що призводить до високої смертності серед працюючого населення від тяжких ускладнень вірусних гепатитів, зокрема цирозів, первинного раку печінки тощо, та зумовлює потребу надання ПХД таким пацієнтам.

#### *Стан розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні*

За даними МОЗ України, ГО «Українська ліга розвитку паліативної допомоги» та регіональних департаментів/управлінь охорони здоров'я, станом на кінець 2015 р. спеціалізована стаціонарна ПХД надавалася у двох центрах ПХД і семи хоспісах, як юридично самостійних закладах охорони здоров'я, у яких розгорнуто понад 450 ліжок: у Івано-Франківську і Харкові – обласні центри ПХД, хоспіси у містах Львові, Луцьку, Херсоні, Дубно (Рівненська область, на базі медичного коледжу), у Коростені (Житомирська область) і Запоріжжі – спільно з Товариством Червоного Хреста України, у місті Надвірна (Івано-Франківська область) – перший в Україні дитячий хоспіс. Паліативну допомогу також надавали понад 70 відділень паліативної і хоспісної медицини у спеціалізованих ЗОЗ і багатопрофільних лікарнях, на базі яких розгорнуто майже 1,5 тис. ліжок. При відділенні паліативної і хоспісної медицини Київської міської клінічної лікарні №2 у 2015 р. розпочав роботу денний хоспіс. Сьогодні для 40 млн населення України, згідно з міжнародними рекомендаціями і стандартами, необхідно забезпечити мінімально 4 тис. стаціонарних ліжок у закладах ПХД.

Поки що в Україні практично відсутня служба ПХД вдома. Таку допомогу пацієнтам надають сім мультидисциплінарних мобільних бригад: у містах Києві, Івано-Франківську, Харкові, Рівному, Луцьку, Чорткові (Тернопільська область), Виноградіві (Закарпатська область) та деяких інших містах. Виїзні бригади паліативної допомоги вдома створені при

хоспісах і відділеннях ПХД як у державних ЗОЗ, так і при благодійних та громадських організаціях. Водночас мешканці багатьох населених пунктів, особливо у сільській місцевості, поки що взагалі не можуть отримати кваліфіковану ПХД.

Слід зазначити, що ці дані можуть бути неповними, оскільки, незважаючи на багаторічні зусилля ГО «Українська ліга розвитку паліативної допомоги» та фахівців, Центр медичної статистики МОЗ України досі не включив відповідні пункти про стан надання ПХД у форму річних статистичних звітів. Також поки що МОЗ України не затвердило акредитаційні стандарти та вимоги до закладів ПХД. На жаль, ні матеріально-технічна база більшості діючих закладів ПХД, ні умови перебування хворих у них ще не відповідають чинним стандартам більшості країн Європи та світу. Більшість закладів ПХД вкрай обмежені в ресурсах і часом не мають змоги забезпечити хворих навіть найнеобхіднішим: функціональними ліжками і протипролежневими матрацами, ефективними знеболювальними та лікарськими засобами для симптоматичного лікування, концентраторами кисню, сучасним обладнанням для миття і транспортування хворих та іншим обладнанням і засобами медичного призначення.

Досі не створені обласні хоспіси у Вінницькій, Дніпропетровській, Закарпатській, Запорізькій, Житомирській, Київській, Львівській, Кіровоградській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій, Чернівецькій, Чернігівській областях.

Результати вивчення досвіду організації надання ПХД пацієнтам удома в Німеччині, Нідерландах, Бельгії, Польщі, Словаччині, Молдові, Угорщині, Російській Федерації, Республіці Білорусь та інших країнах засвідчили значне поширення цієї форми надання ПХД як найбільш доступної та економічно обґрунтованої, що дає змогу забезпечити взаємодію та співпрацю фахівців закладів та установ охорони здоров'я та соціального захисту населення, оптимізувати і забезпечити дотримання принципів мультидисциплінарності та стандартів ПХД.

Сьогодні в Україні надання ПХД регулюється низкою законодавчих та нормативно-правових актів, серед яких слід зазначити:

– Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 №3611-VI, у якому визначено паліативну допомогу як окремий вид медичної допомоги;

– Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» від 23.12.2009 р., в якому зазначено завдання зі створення закладів для надання ПХД інкурабельним онкологічним хворим, розширення мережі закладів для допомоги таким громадянам і розробку стандартів надання ПХД хворим в умовах хоспісів;

– Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 рр.» від 16.10.2012 №5451-VI;

– Розпорядження Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 №356-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки», в якому вказано на низький рівень доступу населення, представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ і людей, що живуть із ВІЛ, до послуг з ПХД та визначено завдання щодо «забезпечення організації та доступу до паліативної та хоспісної допомоги людям, які живуть з ВІЛ, організація надання первинної, вторинної



(спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та підготовка відповідних кадрів для надання такої допомоги»;

– Постанова Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 №333 «Порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», якою суттєво спрощено застосування наркотичних анальгетиків на практиці, поліпшено доступ пацієнтів до знеболення, особливо в амбулаторних умовах, що сприяє доступності ефективного знеболення і зменшенню страждань сотень тисяч пацієнтів із хронічним больовим синдромом;

– наказ МОЗ України від 23.02.2000 №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» (додаток 50) врегульовує штатні нормативи лікарні «Хоспіс»;

– наказ МОЗ України від 15.07.2011 №420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі»;

– наказ МОЗ України від 25.04.2012 №311, яким був затверджений «Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю»;

– наказ МОЗ України від 21.01.2013 №41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», яким затверджено «Порядок надання паліативної допомоги» і «Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги», основні медико-юридичні дефініції ПХД (паліативний пацієнт, паліативне лікування тощо); порядок надання паліативної допомоги (у т.ч. завдання та організація надання ПХД); перелік медичних показань для надання паліативної допомоги тощо;

– наказ МОЗ України від 01.02.2013 №77 «Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів та внесення змін у реєстраційні матеріали», яким до Переліку зареєстрованих лікарських засобів Державного реєстру лікарських засобів України внесено морфін сульфат у таблетках, що є вагомим кроком на шляху поліпшення доступності паліативних пацієнтів до ефективного знеболення в Україні;

– План заходів МОЗ України щодо розвитку паліативної допомоги в Україні на 2014–2015 роки, яким визначено конкретні завдання, спрямовані на створення системи надання ПХД населенню.

Важливе значення для оптимізації діяльності ЗОЗ щодо забезпечення доступного ефективного знеболення має наказ МОЗ України від 07.08.2015 №494 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 26 серпня 2015 р. за №1028/27473.

Слід зазначити, що наказом МОЗ України від 07.11.2011 №768 були затверджені примірні штатні нормативи закладу охорони здоров'я «Хоспіс», виїзної бригади з надання паліативної допомоги «Хоспіс вдома» та паліативного відділення для чотирьох пілотних областей, які максимально наближені до європейських стандартів і показали ефективність у закладах ПХД України. На жаль, на сьогодні цей наказ втратив чинність. Існує нагальна потреба внести необхідні зміни та поширити дію цього наказу на всю територію України.

Також слід виокремити наказ МОЗ України від 04.11.2011 №755 «Про затвердження Положення про центр та амбулаторію первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи», яким визначено, що одними з основних завдань ЛЗП/СЛ у центрах та амбулаторіях ПМСД є надання ПХД пацієнтам на останніх стадіях перебігу

невиліковних захворювань, у т.ч. виконання знеболювальних заходів із використанням наркотичних речовин.

Слід зазначити, що більшість із задекларованих заходів не виконані.

Підсумовуючи огляд нормативно-правової бази, що регулює розвиток системи та порядок надання ПХД на різних рівнях, можна зазначити, що сьогодні в Україні одним із нагальних питань розвитку системи ПХД є термінове розроблення національних стандартів ПХД, клінічних протоколів, методичних рекомендацій та інструкцій для фахівців, які надають ПХД у закладах охорони здоров'я і соціального захисту населення та вдома.

В Україні досі не набуло належного поширення застосування ефективних наркотичних анальгетиків порівняно з розвинутими країнами світу. В Україні, згідно із Звітом Міжнародного Комітету з контролю за наркотиками ООН (2012, 2013), лише 15% від загальної кількості пацієнтів, які потребують знеболання, мають доступ до ефективних наркотичних анальгетиків. У 2010 р. за показником споживання морфіну в медичних цілях на душу населення Україна посідала 36-е місце серед 49 країн Європи та 79-е місце серед 152 країн світу, залучених до моніторингу. Це означає, що десятки тисяч паліативних пацієнтів не мають доступу до адекватного знеболання і страждають від інтенсивного хронічного больового синдрому. Серед причин такого становища – недосконалість нормативно-правової бази, вкрай недостатня кількість аптек, у яких можна придбати наркотичні анальгетики, недостатня професійна підготовка та, навіть, «морфінофобія» у багатьох медичних працівників і населення.

1–2 жовтня 2015 р. у м. Києві відбувся II Національний конгрес з паліативної допомоги, під час якого була обговорена та затверджена Стратегія розвитку паліативної допомоги в Україні на 2015–2025 роки та намічені конкретні завдання щодо розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні.

У роботі Конгресу взяли участь понад 760 провідних фахівців медичної, соціальної, управлінської сфери державного та громадського сектору, які протягом науково-практичних секцій та круглих столів обговорили організаційні засади та стратегію розвитку системи ПХД в Україні, роль та завдання служби первинної медико-санітарної допомоги у наданні ПХД населенню, організацію допомоги хворим на соціально небезпечні захворювання та паліативного догляду в педіатрії, онкології, неврології та психіатрії, а також юридичні аспекти розвитку паліативної допомоги та багато інших питань.

#### *Стан підготовки фахівців з питань паліативної та хоспісної допомоги*

Останніми десятиліттями в Україні склалися певні демографічні та медико-соціальні умови, які визначають якісно нові вимоги до організації підготовки та підвищення кваліфікації кадрів з питань надання ПХД, що разом із формуванням державної політики, яка спрямована на розвиток і впровадження системи ПХД на всіх рівнях медичної допомоги, та доступністю ефективних лікарських засобів для паліативних пацієнтів, у т.ч. наркотичних анальгетиків, є однією з трьох основоположних умов успішного розвитку ПХД в Україні.

Враховуючи відсутність окремої спеціальності або спеціалізації з паліативної медицини, зрозуміло, що існують суттєві прогалини у системі підготовки медичних кадрів для сфери ПХД в Україні. Зокрема в нашій країні практично відсутня система додипломної підготовки лікарів з питань ПХД. На післядипломному рівні, у відповідь на високу потребу, ряд медичних ВМНЗ запровадили цикли тематичного удосконалення з актуальних питань

надання ПХД для лікарів загальної практики – сімейних лікарів, терапевтів, онкологів, геріатрів, фтизіатрів, інфекціоністів, лікарів центрів СНІДу, хоспісів та відділень ПХД, а також молодших спеціалістів з медичною освітою. У грудні 2009 р. було відкрито кафедру паліативної і хоспісної медицини у НМАПО імені П.Л. Шупика, де з 2013 р. здійснюється підготовка інтернів та лікарів сімейної медицини. За цей час понад 1,5 тис. лікарів та середніх медичних працівників підвищили свою кваліфікацію з актуальних питань надання ПХД на циклах тематичного удосконалення на кафедрі паліативної і хоспісної медицини у НМАПО імені П.Л. Шупика.

Враховуючи вагомий внесок молодших спеціалістів з медичною освітою у надання ПХД, ці питання значно краще представлені у навчальних програмах ВМНЗ I–III рівнів акредитації. Так, навчальними планами ВМНЗ I–III рівнів акредитації передбачено вивчення таких дисциплін: «Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині», «Медсестринство в онкології з елементами паліативного догляду» (спеціальність «Сестринська справа»), «Геронтологія, геріатрія та паліативна медицина», «Онкологія» («Лікувальна справа»). Створено навчальні програми з ПХД: «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі» (програми підготовки медичних сестер і медичних сестер-бакалаврів); «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі» (програми циклів спеціалізації та тематичного удосконалення для слухачів відділень післядипломної освіти, а також циклу удосконалення для викладачів основ медсестринства ВМНЗ I–III рівнів акредитації).

Проте залишається актуальною проблема професійної підготовки молодшого медичного персоналу, затвердження професій молодших сестер з догляду або сестер-доглядальниць. На сьогодні, наші санітарки, які виконують цілий ряд функцій з надання ПХД, не мають спеціальної фахової підготовки.

Необхідно внести питання надання ПХД до програми спеціалізації, передатестаційних циклів і тематичного удосконалення лікарів багатьох спеціальностей, зокрема онкологів, хірургів, фтизіатрів, інфекціоністів, ендокринологів, педіатрів, терапевтів, невропатологів, психіатрів та інших медичних спеціалістів; розпочати викладання наскрізних або окремих курсів «Паліативна та хоспісна медицина» для студентів ВМНЗ I–IV рівнів акредитації, що потребує розробки та затвердження типових навчальних програм, удосконалення і розробки сучасного навчально-методичного забезпечення та професійної підготовки викладачів із питань ПХД. У січні 2015 р. вчена рада НМАПО імені П.Л. Шупика схвалила до видання навчальний посібник «Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги в практиці сімейного лікаря».

У 2013 р. співробітники Івано-Франківського НМУ розробили «Типову наскрізну навчальну програму з питань паліативної та хоспісної допомоги» для додипломної підготовки студентів ВМНЗ IV рівня акредитації, на основі якої був розроблений підручник «Паліативна та хоспісна допомога», який у травні 2015 р. був затверджений до видання вченою радою НМАПО імені П.Л. Шупика.

Для залучення кваліфікованих кадрів до надання ПХД, підвищення якості надання ПХД та мотивації медичних працівників до післядипломної освіти, про що свідчить досвід багатьох країн світу, необхідно, щоб МОЗ України включило до номенклатури спеціальностей та посад лікарів спеціальність та посаду «Лікар паліативної медицини».

*Науково-дослідна робота в галузі паліативної та хоспісної допомоги*

Надзвичайно важливим заходом, який сприятиме розвитку наукових досліджень у галузі ПХД, став II Національний конгрес з паліативної допомоги. Організаторами заходу виступили ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Національна академія державного управління при Президентові України, Карітас (Австрія), за сприяння Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства соціальної політики України, Національної академії медичних наук України, Національної академії педагогічних наук України, Департаменту охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації, редакції журналу «Реабілітація і паліативна медицина» та міжнародних громадських організацій. Фінансову підтримку заходу надав МФ «Відродження», який опікується у своїй діяльності питаннями паліативної допомоги.

Науково-педагогічними співробітниками НМАПО імені П.Л. Шупика протягом останніх п'яти років проводиться наукова робота, спрямована на створення наукових засад надання сучасної медичної та медико-соціальної ПХД населенню. На кафедрі паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика виконується затверджена МОЗ України планова бюджетна НДР «Медико-юридичний аналіз та розробка пропозицій щодо вдосконалення нормативно-правової бази застосування лікарських засобів в паліативній та хоспісній медицині» (термін виконання 2015–2017 рр.).

У 2015 р. в структурі Державного експертного центру МОЗ України працювала консультативно-експертна група «Лікарські засоби в паліативній та хоспісній медицині».

23–24 квітня 2015 р. кафедра паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика разом із ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» провели III Всеукраїнську науково-практичну конференцію «Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Організаційні, медико-юридичні та клініко-фармацевтичні питання».

НМАПО імені П.Л. Шупика та громадська організація «Українська паліативна Ліга» другий рік поспіль проводять науково-практичні семінари в різних куточках України, які присвячені актуальним питанням медико-соціальної реабілітації дітей з особливими потребами та розвитку паліативної допомоги в педіатрії. Протягом 2015 р. для педіатрів, сімейних лікарів, дитячих неврологів, дитячих психіатрів, спеціалістів з реабілітології, соціальних та педагогічних фахівців були організовані такі семінари у м. Харкові, Києві, Львові та Одесі.

Протягом 2016 р. також з метою безперервної післядипломної освіти вже проведено два таких науково-практичних семінари у містах Івано-Франківську та у Києві. Усі вони викликали значну зацікавленість спеціалістів різних медичних спеціальностей, соціальних працівників, які працюють з дітьми з інвалідністю та педагогів.

Крім проведення одноденних мультидисциплінарних семінарів, спеціалісти галузі, що брали участь у їх проведенні у якості доповідачів, відвідували провідні заклади, що опікуються дітьми з інвалідністю, знайомились з їх роботою та брали участь у обговоренні сучасних підходів до медико-соціальної реабілітації та паліативної допомоги таким дітям та їхнім сім'ям.

### *Особливості розвитку паліативної допомоги дітям в Україні*

Паліативна допомога дітям суттєво відрізняється від такої у дорослих, що пояснюється незначним відсотком дітей у структурі загальної смертності, різницею в структурі смертності, повною залежністю від оточення, сім'ї, іншими духовними потребами дитини, потребою розвиватися тощо. Це зумовило суттєво пізніший за часом розвиток ПХД дітям у різних країнах світу.

ВООЗ ще у 1998 р. у своїх директивах щодо паліативного догляду дітей визначила: «Паліативний догляд за дітьми включає в себе активну турботу щодо фізичних, психічних і духовних потреб дітей, починаючи з моменту встановлення діагнозу, а також підтримку сім'ї. Люди, що забезпечують догляд, повинні розпізнавати і зменшувати фізичні та психосоціальні страждання дитини. Ефективний паліативний догляд потребує мультидисциплінарного підходу, який включає в себе членів сім'ї пацієнта і використовує наявні можливості підтримки на регіональному рівні».

Країни світу, які мають досвід організації паліативної допомоги дітям, зазначають недоцільність створення дитячого хоспісу як аналогу хоспісу для дорослого населення. Щодо дітей більш прийнятним є створення паліативної служби, що враховує психологічні потреби батьків і персоналу з огляду на значно триваліший період організації паліативного догляду для дітей та його етапність.

Сьогодні Україна має поки що незначний досвід роботи з питань організації паліативної допомоги дітям, тому що ПХД дітям надають невеликі осередки громадських організацій, які діють спільно з онкологічними відділеннями дитячих лікарень (НДСЛ «ОХМАТДИТ»), частково хоспіси для дорослих тощо.

Другий рік діє єдиний в Україні Центр паліативної допомоги дітям у м. Надвірна Івано-Франківської області, реорганізований з будинку дитини департаменту охорони здоров'я ОДА. Центр був відремонтований шляхом залучення як комунальних коштів, так і коштів громадськості, які збиралися під створення закладу паліативної допомоги дітям.

На виконання наказу Департаменту охорони здоров'я КМДА від 10.09.2013 №501 «Про створення відділення паліативної та хоспісної допомоги дитячому населенню м. Києва» досі не розпочато роботу.

Нагальною є необхідність розробки нормативних документів і створення центрів паліативної допомоги дітям в Україні на основі досвіду інших країн, де цій проблемі традиційно приділяється значна увага.

В Україні на даний час надзвичайно недосконала система паліативного догляду за дітьми: допомога надається у лікувальних закладах за профілем захворювання дитини медичним персоналом, який зазвичай не має достатніх навичок і умов для надання саме такої допомоги. При цьому наявні нормативні документи стаціонарів взагалі не передбачають надання такої довготривалої допомоги, що змушує виписувати таких пацієнтів у домашні умови, які зовсім не пристосовані для забезпечення життєдіяльності хворої дитини. Амбулаторна допомога надається сьогодні лікарем загальної практики – сімейним лікарем чи, в окремих випадках, лікарем-педіатром дільничним, які не мають достатньої спеціальної підготовки для консультування як хворого, так і, головне, сім'ї, що забезпечує догляд. У невідкладних випадках бригада ШМД надає певну підтримку, але завдання паліативної допомоги вона виконувати також не може. Значну частину паліативної допомоги сьогодні надають дитячі будинки-інтернати системи соціального захисту, де є діти, що потребують

ПХД. Проте слід зазначити, що в цих закладах абсолютно недостатньо як медичного персоналу взагалі, так і підготовленого для надання паліативної допомоги дітям, зокрема.

У 2012 р. ВООЗ прийняла «Керівництво з фармакологічного лікування хронічного больового синдрому в дітей при соматичних захворюваннях», в якому розглядається і питання паліативної медичної допомоги дітям. Проте паліативний догляд за дітьми включає в себе активну турботу не тільки про фізичні, але й психічні і духовні потреби дітей, починаючи з моменту встановлення діагнозу, та підтримку сім'ї. Люди, залучені до догляду, повинні вміти розпізнавати і зменшувати фізичні та психосоціальні страждання дитини. Ефективний паліативний догляд потребує мультидисциплінарного підходу, який включає членів сім'ї пацієнта і використовує наявні можливості підтримки на рівні громади.

Послуги з надання паліативної допомоги дітям повинні включати:

- 1) медичну допомогу фахівців дитячої паліативної допомоги та лікарів загальної практики – сімейних лікарів за територіальним принципом;
- 2) цілодобовий сестринський догляд кваліфікованими сестрами за допомогою фахівців у разі потреби;
- 3) соціальну підтримку усієї родини паліативного пацієнта;
- 4) додаткові види занять, такі як музична терапія, арт-терапія тощо;
- 5) відпочинок для сім'ї при догляді за хворою дитиною спеціально підготовленими кадрами;
- 6) освіту, ігрову діяльність та організацію дозвілля;
- 7) емоційну підтримку під час хвороби і в період жалоби в необхідному обсязі та спектрі послуг.

Паліативний догляд починається в ході обговорення діагнозу, при якому батьків і дітей (у відповідній їхньому віку формі) інформують про захворювання, його перебіг і прогноз. Центральним завданням паліативної допомоги дітям є якомога ефективніше лікування хвороби і відновлення/поліпшення фізичного стану. Це є передумовою для того, щоб діти та підлітки могли висловлювати і задовольняти важливі психологічні, соціальні і духовні потреби.

Паліативна допомога завжди залучає соціальне оточення пацієнта у процес супроводу. Чуйне ставлення до потреб батьків, а також братів і сестер, може допомогти уникнути розривів, тяжкої скорботи і психосоматичних захворювань. У дітей особливе значення має більш тривалий порівняно з дорослими перебіг захворювання, що потребує розбудови системи не лише стаціонарного паліативного догляду, але й значною мірою амбулаторної, виїзної допомоги спеціалізованими бригадами паліативного догляду.

Досвід таких країн, як Велика Британія та Німеччина, які визнано в Європі кращими щодо розвитку паліативної допомоги взагалі, свідчить, що важко хворі діти та їхні близькі бажають, за можливості, отримувати догляд та супровід вдома. У зв'язку з цим особливу увагу потрібно звернути на розвиток дитячого амбулаторного паліативного догляду, який включає у подальшому і хоспісну допомогу. Для стаціонарних дитячих центрів паліативної допомоги важливим є подальше вивчення потреби, враховуючи їх відмінність за видами захворювань у маленьких пацієнтів від контингенту хоспісів для дорослих.

На сьогодні відсутні чіткі розрахунки такої потреби, проте, якщо взяти досвід Баварії, де побудована стала система паліативної допомоги дітям і навіть наявний окремий хоспіс для дітей, то вони зазначають цифру 0,1% від кількості дитячого населення. Так, у Баварії на

один стаціонар паліативної допомоги (паліативна станція) розраховується шість мультидисциплінарних бригад виїзної паліативної допомоги. Але слід зазначити, що країна має 140 хоспісів для дорослих, які також можуть надавати відповідну допомогу дітям та їхнім сім'ям.

У Великій Британії, яка має найбільший досвід створення системи паліативної допомоги дітям, потребу в паліативній допомозі мають близько 0,16% дитячого населення. Таким чином, беручи до уваги ці дані, в Україні близько 8 тис. дітей потребують паліативної допомоги.

У РФ ця потреба визначається, як 30 на 10 тисяч дітей. Під час засідання секції з педіатричної паліативної допомоги II Національного конгресу паліативної допомоги у м. Києві 01.10.2015 р. фахівцями зазначалось, що сьогодні в Україні потребують паліативної допомоги від 8 до 16 тис. дітей, включаючи і немовлят, або близько 20 на 10 тис. дітей.

У РФ також розробили такий норматив для паліативної допомоги: лікар-педіатр у міській місцевості – 1 на 50 тис. дитячого населення, у сільській – 1 на 20 тис. дитячого населення, крім цього передбачається організувати близько 800 виїзних служб, що надають паліативну підтримку вдома. При цьому навантаження на одного лікаря-педіатра передбачається 105 дітей-користувачів паліативної виїзної бригади.

Згідно з «Інструкцією з розвитку служби паліативної допомоги дітям», що підготовлена у Великій Британії за редакцією М. Джонсона, паліативна допомога дітям відрізняється від паліативної допомоги дорослим за кількома показниками:

- кількість вмираючих дітей невелика порівняно з дорослими;
- багато станів є надзвичайно рідкісними при захворюваннях, характерних для дитячого періоду, хоча дитина може дожити до раннього дорослого віку (до 19 років і старше);
- період часу, протягом якого триває дитяче захворювання, відрізняється від перебігу хвороби дорослої людини; паліативна допомога може тривати всього кілька днів або місяців, або навпаки розтягуватися на багато років;
- багато захворювань мають сімейний характер – у сім'ї може бути більше однієї дитини, що страждають від певного захворювання;
- допомога охоплює всю сім'ю;
- усі члени сім'ї можуть страждати, тому що вони стоять перед необхідністю змінити своє життя через хвору дитину;
- батьки, а також брати і сестри, є особливо уразливими, батьки несуть тяжкий особистий тягар із догляду за хворою дитиною;
- характерною рисою дитинства є постійний фізичний, емоційний та інтелектуальний розвиток;
- особи, які здійснюють паліативну допомогу дітям, мають усвідомлювати і відповідним чином реагувати на постійно змінний рівень комунікації хворої дитини та усвідомлення нею своєї хвороби, лікування та прогнозу перебігу захворювання;
- діти, що переживають стани, які обмежують їхнє життя або загрожують їхньому життю, проходять через безліч перехідних періодів протягом свого життя;
- дуже важливо забезпечити можливість освіти та ігор для хворої дитини;
- отримання дитиною освіти – її законне право, що вводить додатковий вимір і підвищує складність надання паліативної допомоги.

Досвід діяльності паліативних центрів у США вказує на повільне зростання кількості звернень по паліативну допомогу протягом трьох років, коли у 2–4 рази зростає кількість звернень по допомогу і змінюється структура звернень, коли звертається удвічі більше неонкологічних пацієнтів. Слід врахувати, що паліативна допомога дітям – особливий вид медико-соціальної допомоги, який може бути затребуваний, лише поступово завойовуючи авторитет у батьків дітей, що отримують паліативну допомогу в конкретному центрі чи відділенні.

Досвід країн, що розбудовують паліативну допомогу дітям, вказує на те, що особливістю паліативної допомоги є різноманітність можливих організаційних моделей, які можуть бути розподілені на:

1) універсальні (центри первинної медико-санітарної допомоги, поліклініка, швидка допомога, лікарні загального профілю, фахівцям яких достатньо мати базові знання з питань паліативної допомоги);

2) основні (центри/відділення, ліжка дитячої паліативної допомоги, програми паліативної допомоги вдома, респіси, програми горювання);

3) спеціалізовані відділення, лікарні за профілем патології.

Таким чином, можна сказати, що комплексна система паліативної допомоги дітям передбачає, по-перше, наявність служб, доступних усім дітям, що її потребують, незалежно від місця їх перебування (вдома, стаціонар загального профілю, спеціалізований стаціонар), і, по-друге, чітку координацію діяльності цих служб.

Фахівці з паліативної допомоги у Російській Федерації визначили із власного досвіду спектр хвороб, що вимагають паліативної допомоги і ведуть до смерті в дитячому та підлітковому віці: злоякісні новоутворення – 8%, інша патологія – 92%, з якої важкі природжені вади розвитку – 44%, неонатальні стани – 30%, хвороби нервової системи – 12% тощо.

Досвід Великої Британії, Німеччини, Польщі, Росії, Білорусі свідчить про важливість в організації паліативної допомоги дітям створення і функціонування мультидисциплінарної бригади спеціалістів, підготовлених для надання такої допомоги. Планова робота з паліативним пацієнтом і його сім'єю може успішно проводитись такою бригадою без залучення додатково профільних спеціалістів, наприклад онкологів при онкопатології чи генетиків при спадковій і вродженій патології тощо.

Моделі паліативної допомоги дітям відрізняються залежно від наявних ресурсів у країнах. Стаціонарні моделі (наприклад, дитячі хоспіси, як у Баварії) частіше використовуються в розвинених країнах, бо вони є високоартісними. У країнах з обмеженими ресурсами поширені більш дешеві, але досить ефективні, моделі, наприклад паліативна допомога вдома. Таку допомогу обирають понад 90% сімей, що мають невиліковну дитину. Для дітей домашні умови є максимально комфортними і переважаючими для організації супроводу.

Таким чином, паліативна допомога дітям може бути організована вдома та у стаціонарі. Сьогодні виділяють такі рівні надання паліативної допомоги дітям:

– вдома – надання допомоги за місцем проживання, у т.ч. за участю мобільних (виїзних) мультидисциплінарних бригад паліативної допомоги;

– амбулаторний – в умовах кабінетів паліативної допомоги, які в Україні відсутні;

– денний стаціонар – в умовах, що передбачають медичне спостереження та лікування в денний час, не потребують цілодобового медичного спостереження та лікування;



– стаціонарний – в умовах, що забезпечують цілодобове медичне спостереження та лікування на базі центрів, відділень, ліжок паліативної допомоги багатопрофільних дитячих лікарень, хоспісів та окремих центрів паліативної допомоги дітям або, у крайньому випадку, ліжок у центрах для дорослих, респіси для перепочинку сім'ї.

В Україні існують одиничні виїзні бригади паліативної допомоги для дітей у м. Києві, Харкові, Луцьку, Рівному, частина з яких створена за рахунок грантів міжнародної технічної допомоги, деякі ще не працюють на постійній основі. Створюються дитячі виїзні бригади у м. Києві та Одесі. Відсутність єдиної нормативної бази їх діяльності, стихійність створення, залежність від стороннього фінансування вимагають термінового державного врегулювання цих питань, щоб максимально використати наявний досвід їх діяльності.

Надважливо при створенні служби паліативної допомоги дітям дотриматись головного – пацієнт-сім'я-орієнтованого підходу для організації допомоги та забезпечити мультипрофесійний міждисциплінарний підхід з обов'язковим залученням членів сім'ї пацієнта, самої дитини та їх духовного супроводу.

Враховуючи адміністративно-територіальний устрій нашої країни, особливості фінансування, відсутність потужних фондів і громадських організацій, які сьогодні готові взяти на себе співфінансування цих центрів і повноцінну волонтерську допомогу, кожна область повинна мати власний центр у комунальній власності з мінімум однією спеціалізованою бригадою амбулаторної паліативної допомоги для формування системи паліативної допомоги дітям із перспективою її розвитку.

Надважливою структурою є відділення амбулаторного догляду з цілодобовими виїзними спеціалізованими бригадами паліативної допомоги. При центрі бажано мати умови для проведення навчання персоналу в регіоні. Дитячі центри паліативного догляду можуть взяти на себе важливі завдання у сфері спеціалізованого навчання та розвитку системи стандартів у цій галузі.

Персонал стаціонару на 6–9 ліжок може складатись із двох-трьох посад лікарів-педіатрів (можливо, вузьких спеціалістів – анестезіолога, невролога, психолога тощо), один з яких є керівником центру паліативної допомоги дітям – завідувачем відділення паліативної допомоги стаціонару; середній медичний персонал – одна посада на ліжку, молодший медичний персонал – три посади на стаціонар.

З урахуванням цілодобового режиму роботи, пропозиції до штату бригади спеціалізованої амбулаторної паліативної допомоги наступні: три посади лікарів-педіатрів (керівник і заступник, а також один висококваліфікований лікар); три посади для середнього медичного персоналу з навичками догляду; одна посада для координатора (наприклад, соціальний працівник/соціальний педагог або досвідчена медсестра зі знаннями в галузі менеджменту) для координації наявних на місцях пропозицій у сфері надання допомоги, а також інститутів, задіяних у супроводі сімей пацієнтів. Усі ці співробітники повинні мати відповідну кваліфікацію – додаткову освіту у сфері паліативної медицини/паліативного догляду.

До важливих завдань входить також інформування та консультування щодо соціально-правових можливостей отримання фінансової підтримки, допомоги при заповненні клопотань, консультування клінік і лікуючих лікарів, а також контакти з психосоціальними і консультаційними центрами і соціальними установами на місцях.

Крім цього необхідні посада адміністратора (помічник лікаря/секретар) для ведення документації та координації роботи бригади.

Бажано також задіяти психолога та соціального працівника в рамках догляду – або як співробітника бригади, або, за необхідності, для того, щоб забезпечити комплексний догляд за вмираючими дітьми та підлітками, а також їхніми сім'ями. Він повинен мати додаткову освіту у сфері паліативного догляду, а також знання в галузі психології розвитку, діагностики та втручання у кризових ситуаціях і посттравматичних реакціях у дітей і дорослих.

Паліативна допомога дітям, як і дорослим, повинна бути потужно інтегрована в первинну медико-санітарну допомогу, що потребує суттєвого посилення навчальних програм і проектів щодо особливостей паліативного супроводу дітей. Крім цього паліативна допомога повинна стати невід'ємною складовою єдиного проекту Концепції соціальної педіатрії (комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності), яка сьогодні обговорюється педіатричною громадськістю, у т.ч. на семінарах.

У багатьох країнах існує також рамкова політика щодо паліативної допомоги, яка визначає основи діяльності держави у цьому напрямку, що для України було б дуже важливим кроком на шляху до євроінтеграції.

Таким чином, аналіз ситуації щодо розвитку паліативної допомоги дітям в країні виявив нагальну необхідність у:

- прийнятті проекту Концепції соціальної педіатрії (комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності);
- вивченні потреби у паліативній допомозі дітям в країні, створенні реєстрів дітей, які потребують паліативного догляду;
- внесенні змін до клінічних протоколів різних педіатричних спеціальностей у частині паліативної допомоги;
- розробці та прийнятті відомчих нормативних актів, що затверджують порядок надання паліативної допомоги дітям, положення про паліативний центр/відділення паліативної допомоги дітям на мультидисциплінарній основі;
- розробці положення про мультидисциплінарну виїзну мобільну бригаду паліативної допомоги;
- розробці нормативів забезпечення паліативною допомогою дітей не тільки на ліжках, але й нормативів щодо кількості виїзних бригад, передбачивши їх фінансування;
- здійсненні заходів щодо реєстрації, виробництва на території України дитячих форм лікарських засобів для знеболення у дітей (починаючи з періоду новонародженості);
- реформуванні існуючих будинків дитини та дитячих інтернатів системи Мінсоцполітики для дітей з інвалідністю у напрямку впровадження паліативної підтримки для певних груп дітей-сиріт та позбавлених батьківського піклування, мінімізації тривалої їх госпіталізації у лікарні і реалізації права на навчання, повноцінний розвиток, життя без душевних і фізичних страждань;
- створенні модельного Центру паліативної допомоги дітям у м. Києві для подальшого поширення досвіду на всю територію України;
- підтримці існуючих відділень паліативної допомоги дітям та створення нових у кожній області;
- залученні громадськості, фондів, проектів міжнародної технічної допомоги до розбудови системи паліативної допомоги дітям.

### *Висновки*

1. Медико-соціальний аналіз розвитку системи надання ПХД населенню в Україні свідчить, що незадовільний стан розвитку системи ПХД значною мірою спричинений низкою як об'єктивних, так і суб'єктивних чинників. Це, зокрема: недостатня забезпеченість населення спеціалізованими стаціонарними закладами та виїзними бригадами ПХД; недостатнє кадрове забезпечення закладів ПХД; відсутність у медичних працівників належної мотивації до надання ПХД; необхідність удосконалення нормативно-правової бази, що регулює надання ПХД населенню; незадовільна міждисциплінарна співпраця медичних працівників при наданні ПХД як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах та вдома.

2. В Україні поки що не створена ефективна та доступна система надання ПХД населенню. Соціальна служба та служба для сім'ї та молоді беруть недостатню участь у наданні ПХД вдома.

3. В Україні існує нагальна потреба у створенні центрів паліативної допомоги дітям у кожній адміністративній території, виходячи з орієнтовного розрахунку 20 на 10 тис. дітей (з огляду наявності від 8 до 16 тис. дітей, які мають тяжкі інкурабельні захворювання).

4. Існує нагальна потреба у створенні і розвитку доступної системи ПХД, заснованої на міжсекторальних і мультидисциплінарних підходах, що потребує координації роботи закладів, підпорядкованих різним міністерствам і відомствам, залучення до надання ПХД медичних працівників закладів первинної ланки. Це ставить перед системою охорони здоров'я України в умовах реформування галузі нові наукові, організаційні та фінансові проблеми щодо розвитку ефективної та доступної системи ПХД.

5. Сучасна європейська модель ПХД являє собою високоспеціалізовану та наукоємну галузь медицини та охорони здоров'я, що потребує високотехнологічного обладнання та сучасних ефективних лікарських засобів, спеціальної підготовки та підвищення кваліфікації медичних кадрів, і, безумовно, відповідного фінансового забезпечення і підтримки Уряду України та всього суспільства.

6. Центр паліативної допомоги дітям спеціалізується на лікуванні, догляді та супроводі паліативних пацієнтів, яким потрібне лікарняне лікування в спеціалізованому відділенні та постійний амбулаторний (вдома) супровід протягом усього життя від моменту встановлення діагнозу, що може тривати від одного місяця до досягнення ними дорослого віку.

7. У центрі паліативної допомоги дітям повинні надаватись мультидисциплінарні послуги та залучатися фахівці різного профілю зі спеціальною освітою – це команда, куди входять лікарі-педіатри, сімейні лікарі, консультанти – лікарі-анестезіологи дитячі, лікарі-неврологи дитячі, психіатри, онкологи, соціальні працівники/соціальні педагоги, представники духовенства, психологи. Робота центру потребує суттєвої підтримки волонтерів, які мають отримати спеціальну підготовку для роботи з паліативними пацієнтами. Волонтерська допомога очікується як від медичних, так і від немедичних спеціалістів.

8. Створення центрів паліативної допомоги дітям потребує регламентації МОЗ України. Для забезпечення цієї діяльності надзвичайно важливо вирішити питання фінансування, у т.ч. із залученням благодійних коштів, виділення державою приміщень, обладнання в лікарнях, автотранспорту, кадрового потенціалу та створення умов для функціонування таких центрів.

### Пропозиції

1. Створити міжвідомчу робочу групу з питань ПХД при МОЗ України та Міністерстві соціальної політики України, зусилля якої спрямувати на:

- розробку та впровадження Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на 2015–2025 роки із планом заходів;

- розробку та затвердження стандартів надання ПХД;

- розробку та затвердження акредитаційних вимог до закладів ПХД різного типу (зокрема центрів ПХД та хоспісів, лікарень та відділень сестринського догляду, виїзних бригад ПД, відділень/палат паліативної медицини у багатопрофільних лікарнях та спеціалізованих закладах охорони здоров'я, військових госпіталях, закладах охорони здоров'я педіатричного профілю, інтернатах для інвалідів та людей похилого віку, центрів паліативної допомоги дітям тощо);

- розробку та затвердження змін до клінічних протоколів щодо паліативної допомоги, методичних рекомендацій та інструкцій для фахівців, які надають ПХД у закладах охорони здоров'я і соціального захисту населення та вдома;

- розробку та затвердження спільних наказів МОЗ України, Міністерства соціальної політики України, Міністерства оборони України і НАМН України тощо.

2. Створення і розвиток доступної та ефективної системи ПХД потребує залучення до надання ПХД медичних працівників багатьох спеціальностей, зокрема сімейних лікарів, дільничних терапевтів, дільничних педіатрів та інших спеціалістів закладів ПМСД, та відповідної професійної до- і післядипломної підготовки фахівців, а також затвердження медичної спеціалізації «Паліативна медицина» для лікарів і молодших медичних спеціалістів. Увести до списку професій молодших медичних працівників професію «Доглядальниця».

3. Вважати забезпечення адекватного знеболення паліативних пацієнтів невідкладним заходом щодо дотримання основних прав людини. Забезпечити доступність придбання опіоїдних анальгетиків (зокрема таблетованого морфіну) у аптеках України.

4. Звернутися до Кабінету Міністрів України з пропозицією створення постійно діючої міжвідомчої Координаційної Ради з питань розвитку системи паліативної допомоги в Україні за участю: Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики, Національної Академії медичних наук, Державної служби України з контролю за наркотиками, Міністерства економічного розвитку і торгівлі, Міністерства юстиції, Міністерства фінансів, ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», представників Церков, релігійних та інших громадських організацій, доручити Раді:

- розробити та затвердити державні стандарти надання медичних та соціальних послуг паліативним хворим;

- розробити та затвердити пакет із соціального захисту працівників, які обслуговують паліативних хворих; розглянути питання доплат до заробітної плати, пільгового пенсійного стажу, додаткової відпустки, надання санаторно-курортного обслуговування тощо;

- опрацювати та затвердити Стратегію розвитку паліативної допомоги в Україні на 2016–2025 роки з Планом заходів з її впровадження до кінця 2016 року;

- організувати розробку та внесення проекту Закону України «Про паліативну допомогу населенню» в установленому порядку до Верховної Ради протягом 2016 року.

5. Міністерству охорони здоров'я України звернутися до Міністерства освіти і науки України та Міністерства соціальної політики України з проханням сприяти створенню комплексної системи підготовки кадрів для закладів із надання паліативної допомоги, зокрема затвердити уніфіковані програми для підготовки лікарів, медичних сестер, психологів, соціальних працівників та волонтерів, передбачити у планах підготовки спеціалістів у ВМНЗ обов'язковий курс паліативної допомоги. Створити систему підготовки кадрів для надання ПХД населенню, забезпечити до- і післядипломне навчання з питань ПХД для лікарів і середніх медичних працівників закладів первинної ланки та установ соціального захисту населення. Розробити навчально-методичне забезпечення системи підготовки кадрів для надання ПХД населенню.

6. Міністерству охорони здоров'я України звернутися до Національної Академії медичних наук України та Національної Академії педагогічних наук України із пропозицією збільшення, починаючи із 2016 р., тем наукових досліджень, що стосуються паліативної допомоги, забезпечивши виконання зазначених тем відповідними ресурсами. Заслухати зазначені питання на сесіях НАМН України та НАПН України.

7. Створити обласні/міські хоспіси або центри ПХД, відділення ПХД у багатопрофільних лікарнях та спеціалізованих закладах охорони здоров'я з виїзним бригадами ПХД вдома (на 25–30 ліжок) у кожному регіоні.

8. Створити центри або відділення паліативної допомоги з виїзними бригадами для дітей у кожному регіоні.

9. Створити відділення ПХД у спеціалізованих закладах охорони здоров'я, зокрема туберкульозного, інфекційного (у т.ч. у центрах СНІДу), психіатричного та неврологічного профілю та в установах соціального захисту населення (зокрема геріатричного профілю) тощо.

10. Удосконалити та оптимізувати нормативно-правову базу надання ПХД.

11. Залучати до надання ПХД фахівців установ соціального захисту населення та служби для сім'ї та молоді.

12. Міністерству охорони здоров'я України запропонувати НАМН України та ректорам ВМНЗ:

– внести питання надання ПХД у програми спеціалізації, передатестаційних циклів і тематичного удосконалення лікарів основних клінічних спеціальностей, зокрема онкологів, хірургів, фтизіатрів, інфекціоністів, ендокринологів, педіатрів, терапевтів, невропатологів, психіатрів;

– розпочати викладання питань ПХД згідно «Типової наскрізної навчальної програми для студентів ВМНЗ «Паліативна та хоспісна допомога», яка затверджена МОЗ України 17.04.2014 р., або в рамках окремих навчальних курсів «Паліативна та хоспісна медицина», що вимагає розробки та затвердження типових навчальних програм, удосконалення і розробки сучасного навчально-методичного забезпечення та професійної підготовки викладачів з питань ПХД;

13. Забезпечити проведення наукових досліджень з актуальних проблем ПХД. Науково-дослідним установам МОЗ України та кафедрам ВМНЗ України розпочати проведення спеціальних наукових досліджень біомедичних, клінічних, фармацевтичних, організаційних та медико-юридичних аспектів надання паліативної та хоспісної допомоги.

## 5. ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

### 5.1. Основні результати наукової та інноваційної діяльності науково-дослідних установ, вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти МОЗ України

*Основні результати виконання замовлення на проведення наукових досліджень і розробок за пріоритетними напрямками розвитку науки і техніки та пріоритетними тематичними напрямками та їх практичне застосування у розрізі напрямів бюджетного фінансування*

Охорона здоров'я – одна із важливих і найбільших соціальних систем, де інтеграція наукової та практичної діяльності забезпечують формування і реалізацію державної політики щодо збереження та поліпшення здоров'я населення. Політика охорони здоров'я має бути спрямована, насамперед, на зниження захворюваності, зміцнення здоров'я усіх верств населення, продовження тривалості активного життя, підвищення якості й ефективності медико-санітарної допомоги.

Вивчення прогностичних тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед різних вікових груп населення, розробка та удосконалення новітніх медичних технологій діагностики, лікування та профілактики захворювань є важливою складовою планування стратегічних напрямків розвитку сфери охорони здоров'я, формування та реалізації ефективних інноваційних механізмів у медичній галузі.

Галузева медична наука має достатній та вагомий потенціал. Тільки у підпорядкуванні МОЗ України станом на кінець 2015 р. знаходилося 20 науково-дослідних установ, наукові підрозділи 14 вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів та 3 заклади післядипломної освіти (далі – НДУ та ВМНЗ МОЗ України). Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського (м. Сімферополь) та Український НДІ дитячої курортології та фізіотерапії (м. Євпаторія) знаходяться на території анексованої АР Крим.

У своїй діяльності НДУ та ВМНЗ МОЗ України керуються відповідними законами України («Про наукову і науково-технічну діяльність», «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки», «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні», «Про наукову і науково-технічну експертизу», «Про інноваційну діяльність», «Про науково-технічну інформацію»). Наукова і науково-технічна діяльність вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти здійснюється також відповідно до законів України «Про вищу освіту» та «Про освіту».

Фінансування наукових фундаментальних досліджень та прикладних розробок (далі – НДР), які виконуються НДУ та ВМНЗ МОЗ України, здійснюється у рамках бюджетної програми КПКВК 2301020 «Дослідження, наукові і науково-технічні розробки, виконання робіт за державними цільовими програмами і державним замовленням, підготовка та підвищення кваліфікації наукових кадрів у сфері охорони здоров'я, фінансова підтримка розвитку наукової інфраструктури та об'єктів, що становлять національне надбання».

Науково-дослідницькі роботи мають інноваційну спрямованість і передбачають розробку нових й удосконалення існуючих методів (засобів) профілактики, діагностики та лікування найбільш поширених та соціально значущих захворювань. Результати цих

досліджень впливають на якість надання медичної допомоги населенню та процеси реформування сфери охорони здоров'я через підготовку науково обґрунтованих заходів.

Фінансування інноваційних проектів і програм видатками державного бюджету не передбачалося.

Законом України «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки» напрям «науки про життя, нові технології профілактики та лікування найпоширеніших захворювань» визначений пріоритетним до 2020 року.

Законом України «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні», яким визначаються правові, економічні та організаційні засади формування цілісної системи пріоритетних напрямів інноваційної діяльності, одним із стратегічних пріоритетних напрямів на 2011–2021 роки є «впровадження нових технологій та обладнання для якісного медичного обслуговування, лікування, фармацевтики».

Відповідно до законів України «Про наукову і науково-технічну діяльність», «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки», постанови Кабінету Міністрів України від 25.08.2004 №1084 «Про затвердження Порядку формування і виконання замовлення на проведення фундаментальних наукових досліджень, прикладних наукових досліджень та виконання науково-технічних (експериментальних) розробок за рахунок коштів державного бюджету» щорічно оголошується конкурс проектів наукових досліджень і розробок у сфері клінічної та профілактичної медицини.

Наказом МОЗ України від 19.09.2014 №655 «Про планування наукової тематики на 2015 рік» був оголошений конкурс проектів наукових досліджень і розробок для виконання у 2015 р. за рахунок коштів загального фонду Державного бюджету України.

З метою оцінки та відбору проектів НДР, спрямованих на виконання пріоритетних для галузі охорони здоров'я наукових напрямів, наказом МОЗ України від 26.11.2014 №890 «Про заходи щодо визначення переліку наукових досліджень і розробок на 2015 рік» затверджено склад Комісії МОЗ України з оцінки та відбору проектів наукових досліджень і розробок.

Проекти замовлення на виконання НДР подавалися у рамках пріоритетних тематичних напрямів наукових досліджень і науково-технічних розробок на період до 2015 року, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 07.09.2011 №942, середньострокових пріоритетних напрямів інноваційної діяльності загальнодержавного та галузевого рівня на 2012–2016 рр., затверджених постановами Кабінету Міністрів України від 12.03.2012 №294 та від 17.05.2012 №397.

Для участі у конкурсі приймалися заявки (запити) на фінансування НДР, затверджені експертними висновками попередньої наукової і науково-технічної експертизи (відповідно до ст. 14 Закону України «Про наукову і науково-технічну експертизу») з обґрунтуванням актуальності, наукової новизни та очікуваної практичної цінності проекту, відповідними експертними висновками структурних підрозділів МОЗ України, проблемних комісій МОЗ та НАМН України та головних позаштатних спеціалістів МОЗ України.

Планування фундаментальних досліджень здійснювалося лише за наявності висновку про доцільність їх виконання за кожною НДР, наданого експертною радою при Національній академії наук України.

Фінансування проектів НДР – переможців конкурсу здійснювалося у межах визначеного обсягу видатків загального фонду Державного бюджету України.

Фундаментальні дослідження, які виконувалися у 2015 р. науковцями НДУ та ВМНЗ МОЗ України, були спрямовані на теоретичне та експериментальне вивчення патогенетичних механізмів розвитку найбільш поширених патологічних станів людини.

У 2015 р. виконувалося 28 фундаментальних наукових досліджень у сфері профілактичної та клінічної медицини, із яких 13 НДР завершено. Результати фундаментальних досліджень висвітлені у 4 монографіях, 8 підручниках, 392 наукових статтях, 317 тезах наукових форумів, 5 методичних рекомендаціях, 6 інформаційних листах, отримано 46 охоронних документів на об'єкти промислової власності. Подано 28 пропозицій до Переліку наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я.

Тематика фундаментальних досліджень, які завершені у 2015 р.:

- визначити етіопатогенез патології сполученої тканини у постраждалих після радіаційних аварій, на підставі чого розробити патогенетичне обґрунтування лікування постраждалих;

- дослідження молекулярно-біологічних механізмів впливу аутологічної крові на організм новонароджених та малюків при хірургічному лікуванні природжених вад серця;

- патофізіологічні механізми впливу хронічної запальної та аутоімунної реакцій, астрогліальної реактивної відповіді, окисного стресу на формування обмежень життєдіяльності у віддалені строки після кардіохірургічних втручань;

- провести порівняльний аналіз механізмів розвитку патології життєво важливих органів за експериментального судомного синдрому різної етіології й оптимізувати фармакологічні схеми його лікування;

- вивчити закономірності формування серцево-судинних уражень у хворих на антифосфоліпідний синдром та розробити диференційовані підходи до їх фармакологічної корекції;

- вивчити закономірності формування серцево-судинних уражень у хворих на антифосфоліпідний синдром та розробити диференційовані підходи до їх фармакологічної корекції;

- молекулярно-біохімічні механізми формування мітохондріальної дисфункції нейронів головного мозку в умовах гострої церебральної ішемії: нові мішені для нейропротекції;

- цитогенетичні механізми формування здоров'я населення та розробка заходів для його покращення;

- оптимізація комплексного лікування морфологічних ушкоджень травної, ендокринної та сечостатевої систем при цукровому діабеті;

- особливості будови органів імунної та ендокринної систем при імуносупресії та імуносупресії;

- розробка критеріїв ефективності і безпечності фармакотерапії хворих на туберкульоз і гепатити різної етіології на підставі фармакогенетичних досліджень;

- вивчення патогенетичних особливостей розвитку поліорганної недостатності в умовах експериментальної краніоскелетної травми та пошук засобів системної корекції методами клітинної терапії.

У результаті виконання фундаментальних досліджень отримані нові знання, що роблять певний внесок у процес вивчення патогенетичних механізмів розвитку захворювань та розробку на цій основі сучасних медичних технологій.



### *Результати ряду фундаментальних НДР*

НДР «Провести порівняльний аналіз механізмів розвитку патології життєво важливих органів за експериментального судомного синдрому різної етіології і оптимізувати фармакологічні схеми його лікування» (Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U000711).

Вперше встановлено закономірності механізмів розвитку серця і нирок за судомного синдрому різної етіології, спільні та відмінні показники розвитку патологічних змін у життєво важливих органах; показані основні прояви патологічних змін у серці та нирках.

Результати комплексних досліджень дозволили рекомендувати схеми раціональної патогенетично спрямованої фармакотерапії судомного синдрому з використанням, поряд з антисудомними препаратами, антигіпоксантив і антиоксидантів.

За результатами НДР отримані патенти «Спосіб визначення порушень ліпідного метаболізму у крові та нирках щурів за відтворення коразолової моделі судомного синдрому», «Спосіб оцінки ліпідних порушень у крові щурів за коразолової моделі судомного синдрому», «Спосіб оцінки ефективності корекції ліпідних порушень в еритроцитах щурів за коразолової моделі судомного синдрому», «Спосіб оцінки ефективності корекції ліпідних порушень в ліпідах серця за коразолової моделі судомного синдрому»; опубліковано 6 наукових статей і 4 тези в матеріалах науково-практичних форумів.

НДР «Молекулярно-біохімічні механізми формування мітохондріальної дисфункції нейронів головного мозку в умовах гострої церебральної ішемії: нові мішені для нейропротекції» (Запорізький державний медичний університет, строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U000797).

Уперше приведено теоретичне та експериментальне узагальнення ролі мітохондріальної дисфункції у патогенезі ішемічного пошкодження головного мозку та вирішена наукова проблема підвищення ефективності лікування гострого порушення мозкового кровообігу шляхом використання препаратів мітохондріально спрямованої дії (антиоксиданти, селективні модулятори естрогенових рецепторів, нейропептиди); обґрунтована доцільність використання похідного 4-аміно-1,2,4 – тріазолу в комплексному лікуванні гострого порушення мозкового кровообігу у якості нейропротективного засобу з мітопротективним механізмом дії після його всебічного доклінічного вивчення.

За результатами НДР опубліковано 1 монографію («Нейропротекция и нейропластичность»), 58 статей (19 – у журналах, що входять до міжнародних наукометричних баз даних) та 40 тез доповідей, захищено 1 докторську «Фармакологічна корекція мітохондріальної дисфункції в умовах церебральної ішемії (експериментальне дослідження)» та 4 кандидатські дисертації.

НДР «Цитогенетичні механізми формування здоров'я населення та розробка заходів його покращення» (ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U000768).

Установлено цитогенетичні критерії формування затримки внутрішньоутробного розвитку плода. Досліджено цитогенетичні показники інтерфазних ядер різних соматичних клітин довгожителів. На підставі результатів багатофакторного аналізу розроблено концептуальні схеми патогенезу хронічного обструктивного захворювання легень, поєданого з артеріальною гіпертензією. Визначено ризик виникнення хронічної хвороби нирок із сечовим і нефротичним синдромом за асоціаціями з антигенами груп систем АВ0 і резус.

Рекомендовано алгоритми діагностики спадкової схильності до хронічного обструктивного захворювання легень, поєднаного з артеріальною гіпертензією.

Запропоновано спосіб діагностики затримки внутрішньоутробного розвитку плода за цитогенетичними показниками функціонального стану геному нетрофільних гранулоцитів периферичної крові вагітних жінок і апробовано комплекс профілактичних заходів.

Розроблено технологію отримання рослинних екстрактів із рослин родини «Вересові», доведено антимуутагенні ефекти водно-етанольних екстрактів.

За результатами НДР опубліковано 50 статей, 19 тез, монографію «Стовбурові клітини», 3 інформаційні листи («Вдосконалення діагностичного комплексу у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, поєднане з артеріальною гіпертензією, із використанням клініко-генетичних показників», «Оптимізація комплексного лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у фазі загострення при поєднанні з ішемічною хворобою серця», «Профілактика розвитку плацентарної дисфункції та затримки внутрішньоутробного розвитку плода у вагітних з обтяженим акушерським анамнезом»), отримано 5 патентів України на корисну модель («Спосіб визначення відсотку спадкової схильності до формування тривалості життя за клініко-генеалогічним аналізом», «Спосіб діагностики функціонального стану геному лімфоцитів периферійної крові у хворих на хронічний гломерулонефрит із різними стадіями хронічної хвороби нирок», «Спосіб визначення спадкової схильності до довголіття за активністю функціонального стану геному нейтрофільних гранулоцитів периферійної крові», «Спосіб діагностики затримки внутрішньоутробного розвитку плода за показниками функціонального стану геному нейтрофільних гранулоцитів периферійної крові вагітних жінок», «Спосіб оцінки цитогенетичного статусу при серцевій недостатності за каріологічними показниками моноцитів/макрофагів»). Матеріали НДР висвітлені у двох навчально-методичних посібниках («Біологія», «Вибраний курс лекцій з медичної генетики» англійською мовою).

Ефективність впровадження: алгоритми прогнозування виникнення затримки внутрішньоутробного розвитку плода, патології органів дихання, серцево-судинної та видільної систем дозволяють проводити їх профілактику, знизити рівень захворюваності людей та уникнути важких ускладнень.

Генетико-гігієнічна оцінка антропогенних та ендегенних чинників формування затримки внутрішньоутробного розвитку плода дозволить розробити профілактичні заходи, зменшити витрати на лікування хворого.

НДР «Оптимізація комплексного лікування морфологічних ушкоджень травної, ендокринної та сечо-статевої систем при цукровому діабеті» (ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U000769).

Уперше розроблено концепцію патоморфогенезу діабетичних нейроендокринопатій статевозрілих тварин, яка враховує хронобіологічний аспект стадійності перебігу експериментального цукрового діабету в гіпоталамусі, аденогіпофізі і корі надниркових залоз, що послужило теоретичним підґрунтям для розробки нових патогенетично обґрунтованих методів лікування діабетичних нейроендокринопатій та додаткові методи діагностики уражень гіпоталамо-аденогіпофізарної системи, надниркових залоз, слинних залоз, сечового міхура при експериментальному цукровому діабеті за рахунок використання морфологічних критеріїв їх структурної і функціональної перебудови.

Уперше запропоновано спосіб немедикаментозної терапії, розроблено комплексне лікування морфологічних ушкоджень гіпоталамуса, гіпофіза, кори надниркових залоз, підшлункової залози, сечового міхура і печінки із застосуванням ексенатиду.

Розроблено лікувальні алгоритми діабетичної гастропатії у хворих на цукровий діабет залежно від стадії важкості, які включають курс базового лікування з додаванням препаратів патогенетичної і симптоматичної терапії, що покращує якість їхнього життя.

За результатами НДР опубліковано 24 наукові статті у журналах, що входять до наукометричних баз даних, 41 – у журналах, що включені до переліку наукових фахових видань України, 84 тези у матеріалах наукових форумів; отримані патенти: «Спосіб визначення рівня фізичного навантаження для щурів з експериментальним стрептозотоциновим цукровим діабетом», «Спосіб ранньої діагностики гастропарезу у хворих на цукровий діабет», «Спосіб автоматизованого визначення абсолютних морфометричних параметрів секреторних гранул клітин ацинусів піднижньощелепної залози», «Спосіб визначення відносної оптичної щільності секреторних гранул клітин кінцевих відділів слинних залоз», «Спосіб патогенетичної терапії діабетичного гастропарезу», «Спосіб автоматизованого визначення ліпідів у надниркових залозах», «Метаболічна камера для забору сечі дрібних тварин», «Спосіб гістологічної ідентифікації гладких міоцитів судинної стінки шляхом модифікації забарвлення за Маллорі».

Результати НДР впроваджено у лікувально-діагностичний процес ендокринологічного відділення обласної клінічної лікарні.

За підрахунками розробників, впровадження цих методик лікування дозволить економити в межах Івано-Франківської області 300–330 тис. грн щороку.

НДР «Розробити медико-фізичні основи технології магнітної нанотерапії злоякісних новоутворень» (Національний інститут раку, строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U002152).

Модернізовано конструкцію механомагнітохімічного реактора, в якому використано лінійний двигун, генератор електромагнітного поля з синусоїдальною формою сигналу. Розроблено та виготовлено магнітно-дипольний аплікатор для апарата «Магнітерм» та стенд для моделювання механічних коливань наночастинок з використанням яких було показано, що розмір площі та просторовий розподіл наночастинок залежав від магнітних силових ліній, ініційованих аплікатором. Експериментально обґрунтовано технологію магнітної нанотерапії на культурах пухлинних клітин. При використанні в комбінованому лікуванні тварин з карциносаркомою Уокер-256 та карциномою Герена магнітно-дипольного аплікатора для електромагнітного опромінювання зі штирковим локалізатором та магнітним наноконкомплексом на основі наночастинок  $Fe_3O_4$  та доксорубіцину в умовах помірної радіочастотної гіпертермії коефіцієнт гальмування росту пухлини був відповідно вище в 2,9 разу і на 28%, ніж при лікуванні офіційним доксорубіцином та електромагнітним опроміненням.

Дослідження механізмів протипухлинного ефекту технології магнітної нанотерапії на моделі культур клітин злоякісних пухлин людини T47D, HeLa S3 та A-549 на основі вивчення імунофенотипового профілю білків p21WAF1,  $\beta$ -катеніна та топоізомерази II альфа засвідчило, що нанотерапія в умовах помірної радіочастотної гіпертермії викликає релокалізацію певних антигенів залежно від типу клітин. Розроблені комп'ютерні моделі синтезу магніточутливого наноконкомплексу в реакторі на основі ініціації вільних радикалів у процесі механомагнітохімічного синтезу та ефекту впливу неоднорідних постійного

магнітного та електромагнітних полів на протипухлинну активність магнітного наноконструксу в умовах оксидативного стресу при помірній радіочастотній гіпертермії.

НДР «Дослідити на генетичному та епігенетичному рівнях ознаки прогресії нейробластоми та визначити нові маркери прогнозу перебігу захворювань у дітей» (Національний інститут раку, строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U002151).

Встановлено, що втрата ділянки хромосоми 17p, де розташовується ген TP53, зустрічається лише у 2,5% пацієнтів із нейробластомою (НБ). Водночас порушення функціонування сигнального шляху p53/MDM2 було виявлено у 53% пацієнтів за рахунок гіперекспресії гена MDM2, що є негативним регулятором активності p53.

Встановлено, що підвищений рівень експресії гена MDM2 асоціюється з несприятливим перебігом НБ та зниженням показника безрецидивної виживаності пацієнтів незалежно від стадії захворювання та статусу гена MYCN. Показник 3-річної безрецидивної виживаності хворих із високою експресією гена MDM2 становить лише 12%, тоді як у пацієнтів із низькою експресією даного гена – 66%. Делеція ділянки хромосоми 11q23 у пухлинних клітинах зустрічалася у 20% пацієнтів з НБ та асоціювалася з відсутністю ампліфікації гена MYCN та в одному випадку з наявністю делеції короткого плеча 17 хромосоми. Хворі на НБ з наявністю делеції хромосоми 11q23 без ампліфікації гена MYCN характеризувалися несприятливим прогнозом перебігу захворювання.

Встановлено, що рівень експресії мікроРНК miR-380-5p не має самостійного впливу на клінічну поведінку НБ, тоді як низький рівень експресії мікроРНК miR-885-5p, miR-380-5p та miR-137 асоціюється з несприятливим перебігом захворювання. Так, низький рівень експресії miR-885-5p, miR-380-5p та miR-137 у пухлинних клітинах НБ корелює з наявністю ампліфікації гена MYCN, високим рівнем експресії гена MDM2 та достовірно частіше зустрічається у пацієнтів з III–IV стадіями НБ, ніж у хворих із I–II стадіями. Крім того, низький рівень експресії miR-137 було виявлено у 73% хворих на НБ. У 21,3% пацієнтів з НБ виявлено відсутність експресії гена рецептора ретиноевої кислоти RARB2 у пухлинних клітинах. Рівень експресії гена RARB2 достовірно вищий у пухлинах з наявністю ампліфікації гена MYCN порівняно з пухлинами, що характеризуються нормальним статусом гена MYCN. Роль функціонального стану гена RARB2 для прогнозування перебігу нейробластоми потребує подальшого вивчення. Одержані результати свідчать про те, що порушення функціонування сигнального шляху p53-MDM2 за рахунок гіперекспресії гена MDM2, а також зниження експресії мікроРНК miR-885-5p, miR-137 та miR-380-5p асоціюється з несприятливим перебігом НБ. Вищезазначені маркери можуть бути рекомендовані для включення до молекулярно-генетичного компоненту системи стратифікації хворих на НБ за групами ризику.

НДР «Дослідження молекулярно-біологічних механізмів впливу аутологічної крові на організм новонароджених та малюків при хірургічному лікуванні вроджених вад серця» (ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії», строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U000733).

На підставі результатів проведеного дослідження запропоновано застосування реінфузії відмитих аутологічних еритроцитів як ефективного методу кровозбереження у неонатальній кардіохірургії в умовах штучного кровообігу. Виявлено позитивний вплив трансфузії відмитих аутологічних еритроцитів на систему коагуляції, а також на

попередження розвитку надмірної системної запальної відповіді у новонароджених із природженими вадами серця, прооперованих в умовах штучного кровообігу.

За результатами НДР підготовлені та видані методичні рекомендації «Використання в неонатальній кардіохірургії пуповинної (плацентарної) крові, заготовленої для аутологічної трансфузії».

Отримано патент на корисну модель «Спосіб кровозбереження при анестезіологічному забезпеченні хірургічної корекції вроджених вад серця у новонароджених в умовах штучного кровообігу».

До Переліку наукової продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я, запропоноване нововведення «Спосіб кровозбереження при анестезіологічному забезпеченні хірургічної корекції вроджених вад серця у новонароджених в умовах штучного кровообігу».

Результати НДР висвітлені у 35 наукових працях (17 статей у фахових журналах України, 4 закордонні публікації), 3 тезах доповідей на наукових форумах, у 1 докторській та 3 кандидатських дисертаціях.

Результати НДР впроваджені в практику у відділенні вроджених вад серця у новонароджених та дітей молодшого віку ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України», відділеннях хірургії, інтенсивної терапії та реанімації новонароджених ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України», відділеннях хірургії та інтенсивної терапії для дітей ДУ «Інститут серця МОЗ України».

Ефективність: покращання якості життя, зниження інвалідності та летальності; впровадження нової методики лікування хвороб серцево-судинної системи у дітей дасть економію коштів (до 40%) на лікування кожного пацієнта порівняно з існуючими протоколами лікування.

Впровадження розроблених алгоритмів дозволить покращити надання спеціалізованої медичної допомоги дітям із природженими вадами серця, що призведе до зниження малюкової смертності.

НДР «Вивчення патогенетичних особливостей розвитку поліорганної недостатності в умовах експериментальної краніоскелетної травми та пошук засобів системної корекції методами клітинної терапії» (ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського», строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U000925).

Уперше на основі комплексного дослідження антиоксидантно-прооксидантного балансу у тканинах печінки, легень і серця на тлі скелетної травми, ускладненої крововтратою, встановлено хвилеподібний розвиток порушень.

Отримані нові дані щодо патогенезу поетапного розвитку важкої краніоскелетної травми. Застосування клітинної терапії у період гуморальної імуносупресії сприяє активації гуморальної ланки імунітету, попередженню розвитку поліорганної недостатності, знижує прояв запальної реакції, потенціюючи на ранньому етапі протизапальні механізми.

Використання кріоконсервованих фетальних нервових клітин при краніоскелетній травмі та травмі, ускладненій крововтратою, попереджує пошкодження судинних компонентів, активує регенераторні процеси, значно покращує структурну організацію синусоїдних капілярів, сприяє відновленню часточкової будови органа.

Медична і соціальна ефективність результатів наукового дослідження полягає в покращенні якості життя постраждалих із країносkeletalною травмою за рахунок розробки теоретичних основ підвищення ефективності лікувальних заходів у динаміці раннього і пізнього періоду проявів травматичної хвороби з використанням методів клітинної терапії. У цілому орієнтовний запобіжний економічний ефект становить на 1 хворого 4 тис. 700 грн.

Результати НДР висвітлені у 46 наукових статтях, матеріалах 15 наукових форумів, інформаційному листі «Профілактичний вплив кабоцетаму на антиоксидантно-прооксидантний баланс, рівень цитолізу та ендогенної інтоксикації в умовах політравми», нововведенні «Модель політравми». Отримано патент на корисну модель «Спосіб моделювання політравми».

За тематикою НДР захищено 2 докторські та 1 кандидатську дисертації.

НДР «Особливості будови органів імунної та ендокринної систем при імуностимуляції та імуносупресії» (ДЗ «Луганський державний медичний університет», строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0112U000096).

У дослідженні вирішена актуальна наукова проблема щодо вивчення морфології кісткової системи. Уперше встановлені закономірності змін макро- та мікроархітекtonіки, мінерального складу, рентгеноструктурних та міцносних характеристик кісток скелета щурів різних вікових груп у різні терміни після імуностимуляції та імуносупресії.

Уперше в експерименті, виконаному за допомогою остеометричних, органометричних, гістоморфометричних, біохімічних, біомеханічних, імунологічних методів, а також методів рентгеноструктурного аналізу та електронної мікроскопії, встановлені морфофункціональні особливості реалізації взаємодії кісткової та імунної систем, показані реальні ефекти такої взаємодії.

Уперше експериментально встановлено, що введення тимогену та циклоферону позитивно впливає на біомеханічні, морфометричні та гістологічні показники кісток щурів старечого віку. Уперше проведено дослідження будови окістя довгих трубчастих кісток щурів різного віку при імуностимуляції та імуносупресії.

Уперше встановлені особливості перебігу остеогенезу в неонатальному та ранньому постнатальному періодах у потомства, отриманого від щурів, які перед спарюванням піддавалися впливу циклофосфану, тимогену, циклоферону та тимектомії.

Отримані дані висвітлюють особливості морфогенезу кісток скелета тварин, а також закономірності впливу органів імунної системи на цей процес. Доповнено та розширено існуюче уявлення про зміни структури та мінерального складу кісток скелета при імуносупресії та імуностимуляції. Обґрунтовано доцільність корекції змін, що розвиваються в літньому віці у структурі кісткової тканини із застосуванням тимогену та циклоферону.

Проведене дослідження дозволило з'ясувати окремі ланки імунологічної регуляції гістогенезу кісткової тканини в онтогенезі. Отримані результати доповнили уявлення про морфологічні еквіваленти механізмів розвитку та реалізації імунної відповіді.

Результати проведеного дослідження на статевонезрілих, репродуктивних та тваринах старечого віку дозволяють рекомендувати застосування тимогену та циклоферону в комплексному лікуванні кісткової патології.

Отримані дані можуть бути рекомендовані в практичній роботі ортопедів-травматологів дитячої та вікової патології, імунологів, акушерів-гінекологів, гематологів, онкологів при проведенні заходів щодо лікування пацієнтів, які страждають різними

формами захворювань, пов'язаними з порушенням імунологічного статусу. Результати дослідження можуть бути корисними для проведення стимуляції або пригнічення темпів росту кісткової тканини в клінічних умовах.

За тематикою НДР:

- опубліковано 19 статей у журналах, що входять до наукометричних баз даних;
- виконана кандидатська дисертація «Структурні зміни в лімфатичних вузлах щурів під впливом імунофана і циклофосфана»;
- отримані патенти на корисну модель: «Спосіб забору крові у лабораторних щурів», «Спосіб препарування гіпофіза у щурів», «Модифікований спосіб препарування щитовидної залози у щурів», «Модифікований санний мікротом для приготування гістологічних парафінових зрізів», «Препарувальний столик для фіксації лабораторних тварин».

Прикладні дослідження та розробки, що виконувалися НДУ та ВМНЗ МОЗ України у 2015 р., продовжували вирішення таких актуальних проблем:

- розробка нових та удосконалення існуючих медичних технологій діагностики, лікування та профілактики найпоширеніших та соціально значущих захворювань, у т.ч. серцево-судинних, онкологічних, ендокринних, цереброваскулярної патології, травм тощо на засадах доказової медицини;
- вивчення стану здоров'я населення України та розробка пропозицій щодо його збереження;
- наукове обґрунтування комплексів медичної та санаторно-курортної реабілітації, технологій медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів;
- розробка медичних технологій, спрямованих на зниження рівня професійних і виробничо-обумовлених захворювань, несприятливої дії на організм факторів навколишнього середовища;
- розробка науково обґрунтованої системи комунікаційних технологій в охороні здоров'я, удосконалення інституціонального механізму адаптації законодавства України з питань охорони здоров'я до законодавства Європейського Союзу, моніторингу та оцінки ефективності реалізації реформ у системі охорони здоров'я;
- наукове обґрунтування розвитку епідемічного процесу при небезпечних та особливо небезпечних інфекціях і розробка протиепідемічних та профілактичних медичних технологій.

Пріоритетними були також наукові дослідження у сфері новітніх біотехнологій.

Усього у 2015 р. виконувалося 160 прикладних НДР (завершено 54), які фінансувалися за рахунок коштів державного бюджету.

Результати їх виконання висвітлені у 32 монографіях, 58 підручниках та посібниках, 1474 наукових статтях, 56 методичних рекомендаціях, 106 інформаційних листах, 1162 тезах наукових форумів; отримано 169 охоронних документів на об'єкти промислової власності. Подано 154 пропозиції до Переліку наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я.

#### *Результати деяких прикладних НДР*

НДР «Визначення критеріїв та показників безпеки і якості органів людини донора-трупа придатних для трансплантації (серце, кишківник)» (Координаційний центр

трансплантації органів, тканин та клітин, строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U000051).

Визначені критерії якості серця людини донора-трупа за біохімічними, імунологічними, імуногістохімічними та функціональними показниками.

Встановлено сукупність вимог до обстеження донора-трупа, техніки взяття гомотрансплантата, морфологічної та гістологічної структури гомотрансплантата, умови його передтрансплантаційної обробки, транспортування та консервації.

За отриманими результатами видано наказ МОЗ України «Про затвердження показників безпеки і якості гомотрансплантата – серця донора-трупа».

Вивчені основні принципи правового регулювання трансплантації кишківника, патофізіологічні механізми забезпечення якості кишківника, визначена залежність використання донорського органу – кишківника від гістосумісності донора і реципієнта.

У межах виконання встановлено сукупність вимог до обстеження донора-трупа, техніки взяття гомотрансплантата, морфологічної та гістологічної структури гомотрансплантата, умови його передтрансплантаційної обробки, транспортування та консервації.

За отриманими результатами підготовлено наказ МОЗ України «Про затвердження показників безпеки і якості гомотрансплантата – кишківника донора-трупа».

За матеріалами дослідження опубліковано: «Клінічні протоколи та нормативні акти трансплантації органів від живого родинного донора», «Національне керівництво з виробничої трансфузіології»; підготовлені та видані методичні рекомендації «Сучасні методи забору, заготування і консервації донорської рогівки, склери та амніотичної оболонки для кератопластики» та інформаційні листи: «Протокол переведення пацієнтів при проходженні лікування чи профілактики реакції відторгнення алотрансплантатів печінки, нирок і серця»; «Показники безпеки і якості гомотрансплантата – серця донора-трупа»; «Можливості використання кровоспинних препаратів при органних трансплантаціях та операціях на органах черевної порожнини».

Подані дві заявки на включення наукового повідомлення до Переліку наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я: «Критерії безпеки та якості гомотрансплантата кишківника донора-трупа» та «Критерії безпеки та якості трансплантата – серця донора-трупа».

Опубліковано 22 наукові праці, із них 1 в закордонних виданнях; зроблено 11 доповідей на науково-практичних конференціях.

НДР «Наукове обґрунтування та розробка алгоритмів і програм ведення пацієнтів з найбільш поширеними неінфекційними захворюваннями на етапах первинної медичної допомоги» (Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U002215).

У процесі виконання НДР науково обґрунтовані та створені алгоритми і програми ведення пацієнтів з найбільш поширеними неінфекційними захворюваннями на етапах первинної медичної допомоги. Застосування та впровадження результатів НДР дозволить оптимізувати та покращити ведення пацієнтів з найбільш поширеними неінфекційними захворюваннями на етапах первинної медичної допомоги, зменшити захворюваність, терміни втрати працездатності та покращить здоров'я населення в цілому, забезпечить сімейних лікарів стандартами та керівництвами до дій.



За тематикою НДР захищені докторська дисертація «Наукове обґрунтування та шляхи оптимізації ведення цукрового діабету 2 типу на етапі первинної медичної допомоги» та кандидатські дисертації: «Кардіоваскулярні ризики у хворих на біліарні дисфункції: оптимізація діагностики та лікування», «Моніторинг факторів ризику серцево-судинних захворювань у хворих на цукровий діабет 2 типу та розробка заходів їх профілактики», «Зміни ліпідного обміну та імунного статусу у хворих на ішемічну хворобу серця асоційовану з дисбіозом кишечника та методи їх лікування» (подана до спецради) та «Оцінка факторів ризику та профілактика ішемічної хвороби серця у осіб без дисліпідемії в практиці лікаря загальної практики-сімейного лікаря» (виконується).

Опубліковано 84 наукові статті (42 – у журналах, що входять до наукометричних баз даних). Отримано патент на корисну модель «Спосіб покращання якості діабетологічної допомоги, її оцінки та моніторингу».

Результати НДР впроваджені в закладах первинної медико-санітарної допомоги України, в практиці сімейних лікарів.

Видані методичні рекомендації «Розробка та впровадження уніфікованого та локального протоколів з надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу на етапі первинної медичної допомоги», керівництва, посібники, розроблені Національні стандарти та протоколи ведення пацієнтів на етапах первинної медичної допомоги, що впроваджені і застосовуються на державному рівні.

Результати даної НДР були використані при перегляді типових навчальних планів і програм циклів інтернатури, спеціалізації, передатестаційного циклу з фаху «Загальна практика – сімейна медицина».

НДР «Діагностика та хірургічне лікування аномального відходження коронарних артерій від легеневої артерії» (ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії», строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U000734).

Дане дослідження є першим в Україні, спрямованим на покращення ранньої діагностики та хірургічного лікування хворих з аномальним відходженням лівої коронарної артерії від легеневої артерії (далі – аномальне відходження артерії).

Вперше в Україні розроблено та впроваджено алгоритм діагностики аномального відходження артерії. З метою оцінки ефективності хірургічної корекції цієї патології проведено дослідження функціонального стану лівого шлуночка за допомогою ехокардіографії (ЕхоКГ), тканинної доплерографії та магнітно-резонансної томографії до та після операції. За допомогою ЕхоКГ досліджено функцію мітрального клапана та визначено тактику щодо хірургічної корекції супутньої мітральної недостатності.

У ході дослідження було вперше проаналізовано безпосередні та віддалені результати операцій, проведено оцінку ефективності хірургічних втручань і причин незадовільних результатів, виявлено фактори ризику, що ускладнюють перебіг вади та погіршують результати хірургічного лікування аномального відходження артерії.

Найбільш вагомими науковими результатами:

– проаналізовано ефективність ранньої діагностики, визначено ключові ознаки даної вади серця та розроблено алгоритми діагностики; удосконалено та оптимізовано застосування вже існуючих методів діагностики аномального відходження коронарних артерій від легеневої артерії;

– запропоновано новий удосконалений метод подовження коронарних артерій. Доведено його безпечність та ефективність. Удосконалено методіку підключення апарата штучного кровообігу та захисту міокарда при хірургічній корекції даної вади. Визначено тактику щодо хірургічної корекції супутньої мітральної недостатності. Визначено фактори ризику хірургічної корекції аномального відходження коронарних артерій від легеневої артерії.

Результати НДР висвітлені у 21 науковій праці (12 статей опубліковано у фахових журналах, 1 статтю – в іноземному журналі), матеріалах кандидатської дисертації «Удосконалення діагностики та методів хірургічного лікування аномального відходження коронарних артерій від легеневої артерії». Отримано патент на корисну модель «Спосіб рентгенендоваскулярної діагностики аномального відходження коронарних артерій від легеневої артерії».

Результати НДР впроваджені у провідних спеціалізованих установах України: ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України», ДУ «Інститут серця МОЗ України», ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України».

Ефективність: покращення результатів діагностики та хірургічного лікування пацієнтів з аномальним відходженням коронарних артерій від легеневої артерії, якості життя, зниження інвалідності та смертності.

НДР «Розробка перинатальної тактики при діагностиці патології дуги аорти» (Державна установа «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії», строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U000732).

Уперше розроблено та впроваджено рекомендації щодо оптимального перинатального ведення пацієнтів при ранній пренатальній діагностиці різних варіантів патології дуги аорти. Застосування запропонованих діагностичних критеріїв дозволило покращити якість пренатальної діагностики коарктації аорти (КоАо) шляхом зменшення кількості випадків хибної її підозри у плода. Цей спосіб діагностики може бути застосований лікарями ультразвукової діагностики перинатальних центрів. Поділ пацієнтів на групи з різною оптимальною перинатальною тактикою та її виконання зменшили тривалість перебування новонароджених з пренатальною підозрою на КоАо у відділенні інтенсивної терапії кардіохірургічного центру. Доведена безпечність та ефективність застосування способу перинатального ведення пацієнтів з пренатальною підозрою на різні варіанти патології дуги аорти.

Результати НДР впроваджені в практику і застосовуються в консультативно-поліклінічному відділенні ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України» (м. Київ), у перинатальному центрі м. Києва, у Івано-Франківському обласному перинатальному центрі, у відділенні ультразвукової діагностики Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні.

За тематикою НДР:

- опубліковано 17 наукових статей, запропоновано для впровадження в практику 2 нововведення;

- захищена кандидатська дисертація «Пренатальна ехокардіографія як метод ранньої діагностики та прогнозування виникнення коарктації аорти у новонароджених»;

- отримані патенти на корисну модель «Спосіб визначення оптимальної тактики ведення новонароджених з пренатальною підозрою на патологію дуги аорти», «Спосіб

ехокардіографічної оцінки функції правого шлуночка після операції передсердного переключення».

НДР «Розробити клініко-організаційні принципи функціонування, структуру та кадрово-матеріальний ресурс системи надання екстреної медичної допомоги при дорожньо-транспортних пригодах» (ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U002107).

Установлено, що напрямки реалізації реформування системи надання екстреної медичної допомоги повинні бути спрямовані:

- на підвищення рівня своєчасності надання медичної допомоги як на догоспітальному етапі, так і на ранньому госпітальному етапі; розробку або обрання цілеспрямованих медичних технологій діагностики та лікування постраждалих внаслідок дорожньо-транспортних пригод (ДТП);

- визначення принципів кластерного сортування для оптимізації вибору програми діагностики та лікування;

- застосування принципу програмного виконання заходів надання медичної допомоги із застосуванням етапності лікування.

Науково обґрунтовано та запропоновано до впровадження: концепцію уніфікованої системи надання екстреної медичної допомоги постраждалим внаслідок ДТП, спосіб фіксації перелому реберної дуги, спосіб оперативного лікування поперечних переломів груднини, схему прийняття клініко-організаційного рішення щодо виконання оперативних втручань постраждалим з політравмою з пошкодженнями довгих кісток внаслідок ДТП, уніфіковану протокольну схему надання медичної допомоги постраждалим з політравмою з пошкодженням довгих кісток внаслідок ДТП.

До МОЗ України подано проект Постанови Кабінету Міністрів України «Про схвалення концепції уніфікованої системи надання екстреної медичної допомоги постраждалим внаслідок дорожньо-транспортних пригод».

За матеріалами НДР видано: інформаційний лист «Протокол прийняття клініко-організаційного рішення щодо виконання оперативних втручань при лікуванні переломів довгих кісток у постраждалих з політравмою внаслідок дорожньо-транспортних пригод», науково-методичний посібник «Перша допомога при ДТП (алгоритми, маніпуляції)»; отримано патенти України «Спосіб фіксації перелому реберної дуги», «Спосіб оперативного лікування поперечних переломів груднини», 2 авторські права на твір «Схема прийняття клініко-організаційного рішення щодо виконання оперативних втручань постраждалим з політравмою з пошкодженнями довгих кісток внаслідок дорожньо-транспортних пригод», «Уніфікована протокольна схема надання медичної допомоги постраждалим з політравмою з пошкодженням довгих кісток внаслідок дорожньо-транспортних пригод»; опубліковано 23 наукові статті у журналах, що входять до переліку фахових видань України.

Завдяки впровадженню результатів дослідження очікується покращення надання екстреної медичної допомоги постраждалим внаслідок ДТП, підвищення рівня виживаності постраждалих внаслідок ДТП, оптимізація матеріальних, фінансових та медичних ресурсів системи охорони здоров'я України.

НДР «Обґрунтувати методологію відновлення сексуального та фертильного здоров'я чоловіків з еякуляторними порушеннями» (Харківський національний медичний університет, строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U002275).

Уперше проведено модифікацію селективної нейротомії (мозаїчна методика) та досліджено її високу ефективність при тривалому спостереженні. Запроновано та впроваджено в клінічну практику метод ендоуретрального введення геля гіалуронової кислоти для лікування ретроградної еякуляції. Досліджено медичну та економічну ефективність вказаних малоінвазивних методик.

На основі отриманих результатів було розроблено та впроваджено методику мозаїчної селективної нейротомії для лікування передчасної еякуляції та ендоуретрального введення гіалуронової кислоти для корекції ретроградної еякуляції. Результатом впровадження вказаної системи очікується скороченням витрат на лікування, збільшення медичної ефективності лікування та покращення відносин в парах.

За результатами НДР опубліковано 6 наукових статей і 15 тез у матеріалах наукових форумів; отримані патенти: «Спосіб лікування синдрому передчасної еякуляції», «Спосіб лікування безплідності, обумовленої ретроградною еякуляцією», «Спосіб лікування ретроградної еякуляції».

Практична цінність результатів НДР: зменшення кількості бездітних та безплідних шлюбів, підвищення народжуваності, гармонізація шлюбних відносин, зменшення кількості розлучень.

Медична ефективність полягає у покращенні діагностики та лікування еякуляторних порушень, створенні, апробації та клінічному впровадженню нових методів лікування ретроградної еякуляції, синдрому передчасної еякуляції та анеякуляторного синдрому.

Результати НДР впроваджені в практичну роботу лікувально-профілактичних закладів різного рівня Харківської області та інших регіонів України (методичні рекомендації «Діагностика порушень еякуляції і допоміжні репродуктивні технології»), у навчальні програми для студентів-медиків та для курсантів (оновлено лекційні матеріали курсу «Андрологія», «Чоловіче безпліддя», «Ерекційна дисфункція та еякуляторні розлади»), висвітлені у фахових журналах, матеріалах наукових форумів.

НДР «Розробити методи лікування хворих на дегенеративні, судинні захворювання нервової системи та черепно-мозкову травму за допомогою використання стромальних аутоклітин кісткового мозку», (Харківський національний медичний університет, строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U002539).

У результаті досліджень, виконаних на моделях паркінсонізму, ішемічного інсульту і черепно-мозкової травми у щурів, обґрунтовано застосування трансплантації мезенхімальних стовбурових клітин кісткового мозку і жирової тканини при лікуванні цих захворювань. Оптимізовано методи розмноження в культурі мезенхімальних стовбурових клітин кісткового мозку і жирової тканини людини і методи їх нейроіндукції. При використанні вітальних флюорохромів вивчена міграція мічених мезенхімальних стовбурових клітин кісткового мозку в організмі дослідних тварин та виявлено тропність введених внутрішньовенно мезенхімальних стовбурових клітин до зони ушкодження головного мозку.

Показано, що внутрішньовенно трансплантація мезенхімальних стовбурових клітин кісткового мозку і жирової тканини позитивно впливають на перебіг експериментального паркінсоноподібного синдрому у щурів, причому трансплантація мезенхімальних

стовбурових клітин і жирової тканини є більш ефективною. Встановлено, що при лікуванні моделі ішемічного інсульту та черепно-мозкової травми інтрацеребральна і субоокципітальна трансплантація мезенхімальних стовбурових клітин кісткового мозку ефективніша, ніж внутрішньовенне введення.

За тематикою НДР опубліковано: 7 наукових статей і 5 тез у матеріалах наукових форумів; виконана кандидатська дисертація «Застосування мезенхімальних стовбурових клітин при експериментальному паркінсоноподібному синдромі», отримані 2 патенти на корисну модель «Спосіб приготування поживного середовища для розмноження мезенхімальних стовбурових клітин людини та їх похідних» і «Спосіб лікування хворих на розсіяний склероз».

НДР «Розробка нових технологій діагностики та лікування для покращення виживання чоловіків працездатного віку із ІХС, як широко поширеної хвороби системи кровообігу» (Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U002216).

На підставі проведених досліджень отримані дані дозволяють зробити висновок, що після операції аорто-коронарного шунтування призначення блокаторів ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) позитивно впливає на процеси ремоделювання лівих відділів, міокардіальну функцію лівого шлуночка (ЛШ) і центральну гемодинаміку, приводячи до зменшення тиску в лівих відділах, зниження перенавантаження ЛШ і покращення його діастолічної функції при помірному зниженні систолічної функції, така схема лікування сприяє покращенню виживання чоловіків працездатного віку з ішемічною хворобою серця, як поширеної хвороби системи кровообігу.

Результати НДР висвітлені у навчальних посібниках: «Клиническая трансторакальная эхокардиография», «Кардиохирургия для кардиологов», атлас «Кардиология в таблицах»; 2 методичних рекомендаціях «Сучасні принципи антигіпертензивної терапії з позицій реалізації пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою», «Неалкогольна жирова хвороба печінки та її роль у розвитку кардіоваскулярних захворювань»; 4 інформаційних листах «Зниження ризику смертності хворих з гострим коронарним синдромом», «Зниження ризику смертності хворих з гострим коронарним синдромом за допомогою рівароксобану», «Відновлення функції ендотелію у хворих з постінфарктною ішемічною кардіоміопатією в поєднанні з неалкогольною жирОВОЮ хворобою печінки», «Особливості стану коронарного русла у хворих з постінфарктною ішемічною кардіоміопатією в поєднанні з неалкогольною жирОВОЮ хворобою печінки за даними мультиспіральної комп'ютерної томографії та коронаровено-трикулографії»; 157 наукових статтях. Отримано 3 патенти: «Спосіб удосконалення медикаментозного лікування хворих після аортально-коронарного шунтування», «Спосіб удосконалення медикаментозного лікування хворих після аортально-коронарного шунтування з урахуванням гендерних особливостей», «Спосіб удосконалення медикаментозного лікування хворих після аортально-коронарного шунтування для попередження стенозів шунтів».

Впровадження результатів НДР: ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска», заклади охорони здоров'я і відділення кардіологічного напрямку, в педагогічний процес (лекції і практичні заняття). Ефективність:

підвищена виживаність хворих на ішемічну хворобу серця на 17%; скорочення перебування хворих у стаціонарі на 2 ліжко-дні.

НДР «Розробити методи індивідуалізації хірургічного лікування регіонарних метастазів у хворих на рак голови та шиї» (Національний інститут раку, строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U002150).

Уперше в Україні розроблена нова методика хірургічного лікування регіонарних метастазів у хворих на рак голови та шиї з впровадженням інтраопераційної ідентифікації «сторожового» лімфатичного вузла за допомогою барвника метиленового синього.

Установлено, що при ідентифікації «сторожового» лімфатичного вузла можливі менш травматичні функціонально-зберігаючі селективні шийні лімфодисекції, обсяг яких визначався їх локалізацією у відповідних рівнях лімфатичних вузлів шиї.

Розроблений новий спосіб проведення селективної шийної лімфодисекції зі збереженням нервово-судинних структур у ділянці кивального м'язу.

Установлено, що профілактичне опромінення шийних лімфатичних вузлів I–III рівнів забезпечило 3-річну виживаність без прогресування захворювання 65% хворих.

За тематикою НДР:

- виконана кандидатська дисертація «Використання індукційної хіміотерапії в комплексному лікуванні хворих на рак ротової порожнини з врахуванням імуногістохімічних факторів»;

- отримано патент на корисну модель «Спосіб селективної шийної лімфодисекції»;

- опубліковано 35 наукових статей.

Розроблена методика виконання селективної шийної лімфодисекції лімфатичних вузлів зі збереженням кровопостачання та іннервації кивального м'язу дозволяє максимально зберегти функцію плечового поясу.

Профілактичне опромінення шийних лімфатичних вузлів I–III рівнів забезпечило високу 3-річну виживаність без прогресування захворювання 65% та без регіонарних метастазів 77,5% хворих.

НДР «Методологія розробки програм масового скринінгу неінфекційних захворювань серед населення на рівні первинної ланки медико-санітарної допомоги» (ДУ «Український інститут стратегічних досліджень», строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U002873).

Науково обґрунтовано програми заходів стосовно профілактики хвороб системи кровообігу, злоякісних новоутворень деяких локалізацій (рак молочної залози, шийки матки, передміхурової залози), цукрового діабету та глаукоми. Переваги проекту полягають у розробці програм із раннього виявлення найпоширеніших хронічних неінфекційних захворювань серед населення на рівні первинної ланки медичного обслуговування, мінімізації факторів (чинників) ризику, що провокують їх виникнення та розвиток, та створення сприятливого для здоров'я середовища.

Розроблені програми, які відрізняються від існуючої моделі диспансеризації населення в Україні комплексним підходом із застосуванням методів цільового скринінгу, будуть рекомендовані для впровадження на галузевому рівні.

Результати проведених досліджень представлено в 16 публікаціях, з яких 5 монографій («Результати діяльності сфери охорони здоров'я України. 2013 рік», «Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги населенню в регіональному

аспекті», «Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік», «Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи. Спеціалізоване видання», «Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік»), 1 методичні рекомендації, 3 нововведення та 11 статей у фахових виданнях. Отримане свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір: «Методичні рекомендації щодо підготовки проекту Плану підвищення доступності та якості первинної медичної допомоги у регіоні на 2014–2016 роки».

НДР «Дослідження мінеральної щільності кісток у хворих на цукровий діабет» (Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин, строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U002701).

Проведені дослідження дозволили вперше створити та імплементувати у практику алгоритм діагностики остеопорозу у жінок в постменопаузальному періоді із цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2-го типу) та оцінки прогнозу ризику переломів.

Загальними діагностичними критеріями наявності остеопоротичних змін скелета були рівні у крові ПТГ вище ніж 42,0 пг/мл. Діагностичним критерієм наявності остеопоротичних змін скелета у постменопаузальному періоді є рівень остеокальцину вищий за 14 нг/л.

Алгоритм обстеження жінок, хворих на ЦД 2 типу з тривалістю захворювання понад 10 років, повинен включати денситометричну оцінку стану вісьового скелету з акцентом на ділянку шийки стегна.

Маркери кісткового ремоделювання у жінок, хворих на ЦД 2 типу, може бути прогностичним фактором для оцінки швидкості втрати органічної частини кісткової тканини, ризику розвитку переломів, незалежно від віку пацієнток та тривалості постменопаузи.

До групи ризику щодо розвитку постменопаузального остеопорозу необхідно включати жінок за наявності мінорних алелей поліморфізмів rs1800012 (G+1245T, Sp1) і rs1107946 (G-1997T) гена COL1A1, а також rs731236 (T61968C, TaqI) і rs11568820 (A3731G, Cdx2) гена VDR, кожна з яких збільшує ризик розвитку остеопоротичних змін скелета у чотири рази.

Результати НДР впроваджено в наступних установах: ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України», Клінічний заклад «Тернопільська університетська лікарня», Львівський обласний ендокринологічний диспансер, міська лікарня №1 (м. Миколаїв), Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Клінічний заклад «Сумська обласна клінічна лікарня», Івано-Франківська обласна клінічна лікарня, Клінічна установа «Одеська обласна клінічна лікарня», Обласна клінічна установа «Чернівецький обласний ендокринологічний центр», Клінічний заклад «Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради», Клінічний заклад «Харківська міська клінічна лікарня №2», Закарпатська обласна клінічна лікарня імені А. Новака, 4-а клінічна комунальна міська лікарня м. Львова, Клінічна установа «Міська клінічна лікарня №1 м. Одеси, міський ендокринологічний центр Клінічного закладу «Дніпропетровська міська багатопрофільна клінічна лікарня №4», Львівський обласний державний клінічний лікувально-діагностичний ендокринологічний центр, Комунальна 4-та міська клінічна лікарня м. Львова.

За результатами НДР було опубліковано цикл лекцій, що можуть застосовуватись при викладанні ендокринології у вищих медичних навчальних закладах України.

Матеріали НДР висвітлені у практичному посібнику з цукрового діабету для сімейних лікарів, навчально-методичному посібнику з фізіотерапевтичних та бальнеологічних методів реабілітації хворих на цукровий діабет; розроблено та надруковано у співавторстві три навчальні посібники для лікарів-інтернів та лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти щодо психологічного дослідження в загальній практиці – сімейній медицині.

За тематикою НДР захищена кандидатська дисертація «Генетично обумовлені порушення кальцій-фосфорного обміну у жінок із постменопаузним остеопорозом»; отримано патенти на корисну модель «Спосіб лікування обмінно-ендокринних розладів у жінок за цукрового діабету», «Спосіб виготовлення лікарського засобу місцевого застосування з антиандрогенним ефектом», патент на винахід «Спосіб превентивної діагностики діабетичної ангіопатії у хворих на цукровий діабет 2 типу»; опубліковано 26 наукових статей; видані методичні рекомендації «Алгоритм діагностики та лікування остеопорозу у жінок в постменопаузальному періоді із цукровим діабетом 2-го типу» та інформаційні листи («Алгоритм діагностики остеопорозу у жінок в постменопаузальному періоді із цукровим діабетом 2 типу та оцінка прогнозу ризику переломів», «Лікування хворих на цукровий діабет 2-го типу із діабетичною хворобою нирок на стадії мікроальбумінурії», «Застосування пентоксифіліну при лікуванні хворих із метаболічним синдромом»).

НДР «Удосконалити технологію проведення медико-соціальної експертизи інвалідів внаслідок професійних захворювань периферичної нервової системи з розробкою кількісних оціночних критеріїв та експертно-реабілітаційних програм: медичні, психологічні та соціальні аспекти» (ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0113U003140).

На підставі багатofакторного епідеміологічного аналізу визначено взаємозв'язок даних епідеміології інвалідності внаслідок професійних захворювань периферичної нервової системи та структури інвалідності у розрізі категорій інвалідності у сучасний період.

Визначені взаємозв'язки показників психофізіологічного потенціалу, у т.ч. особистісних психологічних факторів та типи й види обмежень життєдіяльності інвалідів внаслідок відповідної категорії професійних захворювань.

Удосконалено алгоритм проведення експертно-реабілітаційної діагностики та визначення реабілітаційного потенціалу при професійних захворюваннях периферичної нервової системи з використанням сучасних уявлень про перебіг пошкоджуючого ураження факторами промислового зовнішнього середовища периферичної нервової системи, кількісної бальної оцінки функціонального стану хворих на засадах доказової медицини.

Обґрунтовані та визначені критерії інвалідності відповідно до існуючих нормативних документів та Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я у хворих та інвалідів внаслідок професійних захворювань периферичної нервової системи.

Використання розробленої удосконаленої технології проведення медико-соціальної експертизи для інвалідів внаслідок професійних захворювань периферичної нервової системи та розробленого алгоритму формування типових програм реабілітації відповідно до різних нозологічних форм професійних захворювань периферичної нервової системи з урахуванням психофізіологічної складової реабілітаційного потенціалу, визначенням ролі контекстових



факторів (особистісного преморбїду) та дії навколишнього середовища на засадах доказової медицини забезпечить підвищення якості проведення експертно-реабілітаційної діагностики та зниження показників первинної інвалідності внаслідок патології.

Впровадження удосконалених експертно-реабілітаційних програм та сучасних принципів оцінки функціонального стану хворих для прийняття рішення з встановлення відсотків втрати працездатності внаслідок патології згідно з існуючою законодавчою та нормативною базами, а також визначень показань для забезпечення відповідної категорії інвалідів послугами та засобами для медичної, фізичної та соціально-побутової реабілітації відповідно до наявних обмежень життєдіяльності, надасть можливість більш раціонального використання матеріальних ресурсів щодо відшкодувань та реабілітації інвалідів унаслідок захворювань периферичної нервової системи, отриманих на виробництві.

Оновлені курси тематичного удосконалення «Актуальні питання організації медико-соціальної експертизи та реабілітації хворих та інвалідів при неврологічних захворюваннях» для лікарів, лікарів-інтернів, сімейних лікарів на кафедрах: медико-соціальної експертизи факультету післядипломної освіти ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» та соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та медико-соціальної експертизи Запорізької медичної академії післядипломної освіти. Проведена апробація результатів роботи в обласних центрах медико-соціальної експертизи 22 регіонів України.

За матеріалами НДР опубліковано: монографію «Шкали в нейрореабілітації», 14 статей (7 – у журналах, що входять до наукометричних баз даних), 7 тез у матеріалах наукових форумів; видано методичні рекомендації «Реабілітація хворих внаслідок професійних захворювань периферичної нервової системи», аналітико-інформаційні довідники «Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України» за 2013 та 2014 роки.

НДР: «Розробка комплексної системи організації медико-соціальної допомоги при психічних розладах з високими рівнями інвалідизації (на прикладі шизофренії та розладів спектру аутизму)» (Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, строки виконання: 2013–2015 роки, № держреєстрації 0110U00006641).

Уперше було розроблено комплексну систему організації медико-соціальної допомоги при шизофренії та розладах зі спектра аутизму з урахуванням розмежування форм соціальної підтримки та медико-соціальної реабілітації із застосуванням методів психологічного та біологічного лікування, що ґрунтуються на принципах доказової медицини на різних рівнях медичної допомоги та безпосередньо в громаді, вперше були науково обґрунтовані та впроваджені методи первинної профілактики на рівні громади, вторинної профілактики обмежень соціального функціонування на рівні первинної медичної допомоги.

Узагальнено вплив конституційно-генетичних та середовищних факторів на перебіг шизофренії та розлади спектра аутизму, науково обґрунтовано заходи первинної профілактики шизофренії та розладів загального розвитку, розроблені профілактичні заходи для груп специфічного ризику, що можуть проводитися безпосередньо в громаді та на первинному рівні медичної допомоги.

Основними напрямками медико-соціальної допомоги хворим на шизофренію визначені: сучасні методи антипсихотичної терапії із застосуванням іновісних препаратів, ефективність яких спирається на принципи доказової медицини, забезпечення принципа безперервності лікування та тривалої підтримуючої терапії, надання реабілітаційних послуг

на всіх рівнях медичної допомоги (на етапі спеціалізованої допомоги, з перших днів госпіталізації чи амбулаторного лікування, на етапі первинної допомоги та безпосередньо в громаді), створення умов для соціальної інклюзії хворих, надання соціальної та психологічної (стрес-менеджмент) підтримки родинам.

Основними напрямками медико-соціальної допомоги хворим на розлади аутистичного спектра визначені: створення умов для соціальної інклюзії хворих різного віку, забезпечення їх доступу до загальної мережі закладів дошкільної та шкільної освіти, системи професійної підготовки, загально-медичної допомоги; забезпечення спеціальної корекційно-педагогічної, спеціальної психотерапевтичної терапії.

З урахуванням отриманих даних були визначені межі компетенції лікарів первинної ланки, спеціалізованої психіатричної допомоги при наданні медико-соціальної допомоги цьому контингенту хворих.

Впровадження розробленої при виконанні НДР системи заходів цілеспрямованої профілактики та медико-соціальної реабілітації на різних рівнях надання медичної допомоги хворим на розлади спектра аутизму та шизофренії (Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Розлади аутистичного спектра (розлади загального розвитку)», затверджене наказом МОЗ України від 15.06.2015 №341 «Про затвердження та провадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при аутизмі», дозволяє підвищити рівень соціального функціонування та якості життя цього контингенту хворих.

Матеріали НДР використані при підготовці 40 наукових статей; навчальних посібників: «Лекции по психиатрии для врачей общей практики и семейных врачей», «Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей», «Особлива дитина. Епілепсія: виходимо з тіні. Путівник для педагогів»; затверджені та впроваджені медико-технологічні документи зі стандартизації медичної допомоги при аутизмі, при мукополісахаридозах, епілепсії (накази МОЗ України від 15.06.2015 №341, від 23.02.2015 №90, від 17.04.2014 №276); видано інформаційні листи «Предиктори маніфестації шизофренії та первинна профілактика в групах специфічного ризику», «Міжнародна класифікація функціонування: застосування при розладах шизофренічного спектру»; нововведення: «Методика ранньої діагностики та корекції диспраксічних порушень в комплексному лікуванні порушень первазивного розвитку у дітей різного віку», «Фактори ризику аутизму та розладів спектра аутизму», «Скринінг середовищних факторів, які є предикторами шизофренії у підлітків та молоді», «Інтеграція структурованої освітньої, медичної та соціальної допомоги в стандартах лікування розладів аутичного спектру у дітей та дорослих».

#### *Ініціативно-пошукова наукова тематика*

Ініціативно-пошукові НДР (фундаментального та прикладного спрямування) формуються і виконуються установами самостійно, можуть започатковувати нові наукові напрями та стати основою для отримання принципово важливих результатів.

У 2015 р. НДУ та ВМНЗ МОЗ України виконували 775 ініціативно-пошукових НДР (175 завершено). Їх результати висвітлені у 249 монографіях, 616 посібниках і підручниках, 12279 наукових статтях, 12764 матеріалах наукових форумів. Підготовлено 96 методичних

рекомендацій, 225 інформаційних листів, отримано 806 охоронних документів на об'єкти промислової власності, подано 316 пропозицій до Переліку наукової продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я.

Науковцями Донецького національного медичного університету імені М. Горького розроблено та впроваджено в практику метод прогнозування перебігу раннього післяопераційного періоду у хворих на діабетичну ретинопатію і цукровий діабет 2 типу після хірургічного лікування катаракти та метод профілактики розвитку та прогресування діабетичної ретинопатії після хірургічного лікування катаракти.

На кафедрі дитячих інфекційних хвороб Харківської медичної академії післядипломної освіти удосконалена діагностика інфекційної патології, що викликається внутрішньоклітинними збудниками у дітей, особливо при лихоманках неясного походження.

Кафедрою неврології та офтальмології Дніпропетровської медичної академії розроблені способи лікування передніх ендогенних увеїтів інфекційного походження, лікування бактеріального кератиту, лікування хворих на герпетичні кератити, лікування аденовірусного кон'юнктивіту (отримані патенти України на корисну модель).

За результатами НДР «Оптимізація хірургічного та комплексного лікування ускладненого синдрому діабетичної стопи» (Запорізька медична академія післядипломної освіти) отримано 6 патентів на корисну модель («Спосіб діагностики форми синдрому діабетичної стопи», «Спосіб ранньої діагностики нейропатичної форми синдрому діабетичної стопи», «Спосіб оперативного лікування ускладненого синдрому діабетичної стопи», «Спосіб місцевого лікування ускладненого синдрому діабетичної стопи», «Комбінований спосіб вибору рівня ампутації при ускладненому синдромі діабетичної стопи», «Спосіб лікування ішемії нижньої кінцівки у хворих з ускладненим синдромом діабетичної стопи»); видано 4 інформаційні листи («Спосіб діагностики форми синдрому діабетичної стопи», «Комплексне лікування хворих на судинні ускладнення цукрового діабету», «Комбінований спосіб вибору рівня ампутації при ускладненому синдромі діабетичної стопи», «Спосіб місцевого лікування ускладненого синдрому діабетичної стопи» та 3 методичні рекомендації («Оптимізація хірургічного лікування ускладненого синдрому діабетичної стопи», «Оптимізація антибактеріальної терапії у хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи», «Хірургічна класифікація та алгоритм лікування ускладненого синдрому діабетичної стопи»).

#### *Міжнародне наукове і науково-технічне співробітництво*

Міжнародне співробітництво НДУ та ВМНЗ МОЗ України у 2015 р., як і у попередні роки, було спрямоване на подальшу інтеграцію з міжнародним науковим медичним співтовариством, ознайомлення з передовими науковими технологіями, поширення досягнень вітчизняної медичної науки, пошук можливих джерел фінансової підтримки тих наукових досліджень, що можуть становити інтерес для світової наукової медичної громадськості.

Міжнародне науково-технічне співробітництво здійснювалося як на міждержавному рівні, так і на рівні договорів між науковими установами, навчальними закладами, факультетами, окремими кафедрами, клініками, лабораторіями, центрами, госпіталями, фірмами тощо.

Основними формами міжнародного співробітництва є участь вітчизняних вчених у роботі міжнародних організацій, створення та реалізація спільних наукових проектів, стажування на базах профільних наукових центрів, установ, клінік тощо, участь у роботі міжнародних конгресів, з'їздів, симпозіумів, конференцій, обмін науковими та інформаційними виданнями, взаємодопомога при розробці та впровадженні в практику нових методів діагностики, лікування та профілактики найбільш поширених та соціально значущих захворювань, а також нових або удосконалених технологій організації медичної допомоги та управління охороною здоров'я.

У різних формах міжнародного науково-технічного співробітництва брали участь практично всі ВМНЗ та НДУ МОЗ України. Найбільш значущі наукові проекти:

– Національний медичний університет імені О.О. Богомольця у звітному періоді брав участь у науково-освітньому українсько-шведському проекті, який передбачає проведення спільних наукових епідеміологічних досліджень;

– Харківський національний медичний університет бере участь у комплексному науковому проекті «Лікування хворих на вроджені та набуті вади серця» в рамках «International Children's Heart Foundation» (Канада, США);

– Національний інститут раку бере участь у міжнародній програмі «Модернізація ядерної медицини в країнах Центральної і Східної Європи»;

– Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького є партнером польсько-білорусько-канадського проекту з вивчення епідеміології хронічних захворювань органів дихання та скринінгової програми пошуку нових протипухлинних агентів (національні інститути раку та здоров'я США);

– Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика є партнером українсько-швейцарської програми «Здоров'я матері та дитини», співпрацює з Європейською організацією по вивченню цукрового діабету (грант програми «Нові перспективи»);

– Українська медична стоматологічна академія активно співпрацює у проекті «MEDEA» (Альянс Медичних Університетів);

– Тернопільський медичний університет імені І.Я. Горбачевського є партнером проекту «Fulbright»: генетичні та клінічні аспекти нейронної диференціації та електрофізіології іонних каналів (Університет Стоуні Брук, США).

#### *Національне надбання*

Постановами Кабінету Міністрів України від 19.12.2001 №1709 та від 22.09.2004 №1241, розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 №655 до наукових об'єктів МОЗ України, що становлять національне надбання, віднесені:

– колекція штамів рикетсій та арбовірусів Державної установи «Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни»;

– колекція штамів мікроорганізмів Державної установи «Український науково-дослідний протичумний інститут імені І.І. Мечнікова»;

– колекції та архів протоколів автопсій Музею хвороб людини Інституту клінічної патології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

У 2015 р. за відповідною бюджетною програмою були передбачені кошти для збереження цих наукових об'єктів та забезпечення їх належного функціонування.

### *Розвиток інфраструктури*

Система охорони здоров'я має розгалужену мережу державних науково-дослідних установ, навчальних медичних закладів та значний науковий кадровий потенціал.

У підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я України функціонує:

– 20 наукових установ (8 науково-дослідних установ, 7 науково-практичних медичних центрів, 5 державних підприємств);

– наукові підрозділи 17 вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів та закладів післядипломної освіти (науково-дослідні інститути, навчально-наукові інститути, навчально-науково-практичні об'єднання, центральні та проблемні наукові лабораторії).

У 2015 р. МОЗ України не було передбачено коштів загального фонду державного бюджету на придбання наукового обладнання та на капітальний ремонт приміщень. Слід констатувати, що, як і в минулі роки, обсяги фінансування із державного бюджету не задовольняли повної потреби щодо оновлення основних фондів, придбання наукової апаратури, реактивів, капітального будівництва тощо.

У минулому році наукові установи та вищі медичні навчальні заклади здійснювали оновлення матеріально-технічної бази за рахунок позабюджетних коштів та інших надходжень.

Продовжувалася робота з подальшого розвитку інфраструктури наукових установ. Зокрема Запорізьким державним медичним університетом введена в експлуатацію молекулярно-генетична лабораторія, оснащена системою ПЛР в реальному часі CFX96 Touch™ (Bio-Rad, США); запущена в експлуатацію нова лабораторія рідинної хроматографії, оснащена системою високоефективної рідинної хроматомаспектрометрії 1260 Single Quad; дообладнана, запущена в експлуатацію і пройшла атестацію МОЗ України лабораторія електронної мікроскопії з комп'ютерним аналізатором ультраструктур і спектрофотометром; дообладнані сучасним устаткуванням нова фітохімічна лабораторія, лабораторія стандартизації лікарських засобів; атестована МОЗ України лабораторія патогістологічної і імуногістохімічної діагностики в патологоанатомічному відділенні Університетської клініки.

У вересні 2015 р. на базі структурних підрозділів Науково-практичного медичного центру та Центру малоінвазивних технологій і серцево-судинної хірургії Харківського національного медичного університету було відкрито єдиний Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська клініка».

Результати наукових досліджень та розробок (нововведення) переважно впроваджуються в практичну діяльність лікувально-профілактичних установ та закладів МОЗ України на безоплатній основі.

Нововведення доводяться до користувачів через Реєстр галузевих нововведень, Перелік наукової (науково-технічної продукції), призначеної для впровадження у сферу охорони здоров'я, публікації у фахових науково-практичних медичних виданнях, на наукових форумах тощо.

Інформація про результати НДР розміщується на web-сайтах НДУ та ВМНЗ МОЗ України, висвітлюється у засобах масової інформації (газети, радіо, телебачення) та з використанням технологій телемедицини, участі у круглих столах з проблемних питань збереження здоров'я людей та довкілля.

Є потреба у розробці науково-практичних рекомендацій з використання маркетингового підходу при впровадженні результатів наукових досліджень і розробок та комерціалізації нових медичних технологій.

Важливу роль в інноваційному процесі здійснюють медичні наукові форуми (з'їзди, конгреси, симпозіуми, науково-практичні конференції, медичні виставки тощо), на яких обговорюються досягнення медичної науки та рекомендації з їх впровадження в практику.

Відповідно до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, який затверджений МОЗ України та узгоджений з НАМН України, у 2015 р. було організовано та проведено 272 наукові медичні форуми, зокрема 9 з'їздів, 14 конгресів, 17 симпозіумів, 232 науково-практичні конференції.

Організаторами та співорганізаторами зазначених наукових форумів виступали ВМНЗ МОЗ України, науково-дослідні установи МОЗ і НАМН України, профільні професійні асоціації (наукові товариства) України, регіональні заклади охорони здоров'я. Більшість наукових форумів відбулася з міжнародною участю науковців та фахівців. Учасниками наукових медичних форумів розглядалися актуальні питання реалізації інноваційних процесів в медицині, впровадження у практику новітніх медичних технологій, розробки стандартів та протоколів діагностики та лікування, реформування сфери охорони здоров'я та медичної освіти тощо. З метою інформування спеціалістів про новітні досягнення медицини у 2015 р. було організовано ряд міжнародних та національних тематичних виставок за тематикою, що відповідає пріоритетам розвитку сфери охорони здоров'я.

Зазначені заходи були спрямовані на активацію впровадження інновацій шляхом налагодження взаємодії науково-дослідних установ, вищих навчальних закладів, закладів охорони здоров'я різних форм власності, громадських недержавних організацій, професійних асоціацій, фармацевтичних і промислових підприємств, що спеціалізуються на виробництві лікарських засобів та виробів медичного призначення.

У засобах наукової комунікації (матеріали наукових форумів, монографії, методичні рекомендації, інформаційні листи, публікації у вітчизняних та зарубіжних виданнях тощо) висвітлені результати наукових досліджень та розробок, які мають інноваційну спрямованість і передбачають розробку нових та удосконалення існуючих методів (засобів) профілактики, діагностики та лікування найбільш поширених та соціально значущих захворювань, за такими основними тематичними напрямками:

- розробка науково обґрунтованої системи комунікаційних технологій в охороні здоров'я, удосконалення інституціонального механізму адаптації законодавства України з питань охорони здоров'я до законодавства ЄС, моніторингу та оцінки ефективності реалізації реформ у системі охорони здоров'я;

- вивчення стану здоров'я населення України та розробка пропозицій щодо його збереження;

- медичні технології, спрямовані на зниження рівня професійних і виробничо-обумовлених захворювань, несприятливої дії на організм факторів навколишнього середовища;

- наукове обґрунтування комплексів медичної та санаторно-курортної реабілітації, технологій медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів;

– наукове обґрунтування розвитку епідемічного процесу при небезпечних та особливо небезпечних інфекціях і розробка відповідних протиепідемічних та профілактичних медичних технологій.

Зокрема науковці Івано-Франківського національного медичного університету взяли участь у Національному виставковому конкурсі «Видатні науково-практичні досягнення в освіті». За результатами рейтингового виставкового конкурсу для вищих навчальних закладів акредитації та установ післядипломної освіти отримано перемогу в номінації «Електронний освітній ресурс» за створення системи електронного моніторингу та розробку інтерактивних форм навчання на основі 3D-технологій. У виставковому конкурсі в номінації «Інновації у підвищенні професійної компетентності педагогів» отримано диплом лауреата I ступеня.

У великому спектрі представлених на інформаційному ринку комунікаційних засобів провідне місце займають наукові медичні видання. Ряд фахових медичних журналів включено до міжнародних наукометричних і бібліографічних баз.

Так, Запорізьким державним медичним університетом у 2015 р. випущено 12 періодичних журналів – наукових фахових видань України («Запорожский медицинский журнал», «Патологія», «Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики»). Придбана навчальна і наукова література, періодичні наукові видання на суму 2968162 гривні.

З 2014 р., відповідно до спільного наказу МОЗ та НАМН України від 13.11.2013 №969/97 «Про удосконалення впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я» (zareєстрованого в Міністерстві юстиції України від 05.12.2013 р. за №2068/24600), за результатами виконання НДР формується Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначений для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (далі – Перелік). У 2015 р. сформовано та видано перший випуск Переліку, який містить 754 повідомлення про наукову продукцію, отриману за результатами наукової діяльності НДУ і ВМНЗ МОЗ України.

У 2015 р. за результатами виконання НДР НДУ та ВМНЗ МОЗ України для включення до Переліку подано 877 пропозицій.

Доступ до матеріалів Переліку забезпечено через офіційний веб-сайт МОЗ України.

Для інформаційного забезпечення реалізації нововведень видаються відповідні засоби наукової комунікації (методичні рекомендації та інформаційні листи).

#### *Підготовка наукових кадрів*

МОЗ України здійснює заходи із забезпечення підготовки наукових і науково-педагогічних кадрів не тільки у розрізі окремих установ, але й в розрізі наукових спеціальностей, що забезпечить формування та підтримку визнаних наукових шкіл.

На кінець 2015 р. в НДУ та ВМНЗ МОЗ України виконувалося 659 докторських і 2868 кандидатських дисертаційних робіт, затверджено 103 докторські і 538 кандидатських дисертацій, 81 докторську і 441 кандидатську дисертації захищено у спеціалізованих вчених радах, 58 докторських і 313 кандидатських дисертаційних робіт знаходилося на розгляді у спеціалізованих вчених радах.

У 2015 р. в аспірантурі навчалось 1159 осіб (668 з відривом від виробництва і 491 без відриву від виробництва). Закінчили аспірантуру 272 особи (172 з відривом від виробництва і 199 без відриву від виробництва). Зараховано до аспірантури 342 осіб (221 з відривом від виробництва і 121 без відриву від виробництва).

*Державні премії та державні стипендії в галузі науки і техніки*

Указом Президента України від 8 грудня 2015 №686/2015 присуджені Державні премії України в галузі науки і техніки 2014 р.:

– за роботу «Новітні технології в діагностиці та лікуванні хвороб вуха, горла та носа» (Косаковському Анатолію Лук'яновичу – докторові медичних наук, проректору Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика; Шкорботуну Володимирі Олексійовичу – докторові медичних наук, завідувачу кафедри Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; Абизову Рустему Адільовичу – докторові медичних наук, професору Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; Божко Наталії Вікторівні – кандидатів медичних наук, асистентові Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; Тімену Григорію Елізаровичу – докторові медичних наук, завідувачу відділу державної установи «Інститут отоларингології імені професора О.С. Коломійченка Національної академії медичних наук України»; Березнюку Володимирі Васильовичу – докторові медичних наук, завідувачу кафедри державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»; Шкобі Ярославу Васильовичу – кандидатів медичних наук, завідувачу відділення комунального закладу «Київська обласна клінічна лікарня»; Маринському Георгію Сергійовичу – докторові технічних наук, завідувачу відділу Інституту електрозварювання імені Є.О. Патона НАН України; Ткаченку Віктору Аркадійовичу – завідувачеві групи Інституту електрозварювання імені Є.О. Патона НАН України; Семенову Руслану Георгійовичу – налагоджувальникові-монтажнику Інституту електрозварювання імені Є.О. Патона НАН України).

– за розробку та впровадження системи зменшення техногенного навантаження на території і на населення екологічно кризових регіонів України (Рожку Миколі Михайловичу – докторові медичних наук, ректору державного вищого навчального закладу «Івано-Франківський національний медичний університет»; Ерстенюк Ганні Михайлівні – докторові біологічних наук, першому проректору державного вищого навчального закладу «Івано-Франківський національний медичний університет»; Крижанівській Анні Євстахіївні – докторові медичних наук, завідувачу кафедри державного вищого навчального закладу «Івано-Франківський національний медичний університет»; Білецькій Елеонорі Миколаївні – докторові медичних наук, завідувачу кафедри державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»; Шматкову Григорію Григоровичу – докторові біологічних наук, завідувачу кафедри державного вищого навчального закладу «Придніпровська державна академія будівництва та архітектури»; Семчуку Ярославу Михайловичу – доктору технічних наук, завідувачеві кафедри Івано-Франківського національного технічного університету нафти і газу; Соловійову Веніаміну Васильовичу – докторові хімічних наук, завідувачу кафедри Полтавського національного технічного університету імені Юрія Кондратюка; Онищенко Світлані Володимирівні – кандидатів економічних наук, доценту Полтавського національного технічного університету імені Юрія Кондратюка; Самойлік Марині Сергіївні – кандидатів економічних наук, доценту Полтавського національного технічного університету імені Юрія Кондратюка; Рудьку Георгію Іллічу – докторові геолого-мінералогічних, географічних та технічних наук, голові Державної комісії України по запасах корисних копалин).



На підставі подання Комітету з Державних премій України в галузі науки і техніки присуджена щорічна премія Президента України для молодих вчених 2015 р. (Указ Президента України від 16.12.2015 №705/2015) Романкевич Іванні Василівні – кандидатів медичних наук, асистенту Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика за роботу «Вивчення функціонального стану судин у дітей, хворих на ювенільний ревматоїдний артрит».

Відповідно до постанов Комітету з Державних премій України в галузі науки і техніки 25 молодих учених НДУ та ВМНЗ МОЗ України отримували у минулому році стипендії Кабінету Міністрів України для молодих учених.

Премію Кабінету Міністрів України за особливі досягнення молоді у розбудові України (розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.07.2015 №737-р) в номінації «За наукові досягнення» присуджено: Бузницькому Руслану Ігоровичу – асистенту кафедри травматології та ортопедії та травматології Харківської медичної академії післядипломної освіти, кандидату медичних наук; Коваленко Вікторії Анатоліївні – старшому викладачеві кафедри клінічної лабораторної діагностики державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України», кандидату біологічних наук; Сосніну Миколі Дмитровичу – асистенту кафедри урології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кандидату медичних наук.

*Пропозиції щодо вдосконалення нормативно-правового забезпечення для підвищення результативності виконання замовлення та ефективності впровадження наукової (науково-технічної) продукції*

Для забезпечення подальшого розвитку медичної науки та підвищення результативності виконання науково-дослідних розробок та ефективності впровадження нововведень необхідно:

- прискорити підготовку нормативно-правових актів щодо імплементації Закону України «Про наукову і науково-технічну діяльність»;
- продовжити оптимізацію інноваційної інфраструктури наукового потенціалу галузевої медичної науки шляхом формування раціональної мережі науково-дослідних установ (у т.ч. наукових установ подвійного підпорядкування), створення навчально-науково-виробничих комплексів, дослідницьких університетів, центрів колективного користування науковим обладнанням тощо;
- забезпечити перехід до вирішення нагальних науково-практичних проблем охорони здоров'я через формування відповідних регіональних, галузевих, міжгалузевих програм, що сприятиме використанню асигнувань бюджетів різних рівнів;
- включити обсяги фінансування наукової діяльності до захищених статей Державного бюджету України (витрати на медичну науку є важливою інноваційною складовою соціальної сфери, у т.ч. сфери охорони здоров'я); впровадити принципи базового фінансування основної діяльності державних наукових установ, що фінансуються за рахунок коштів державного бюджету;
- невідкладно розробити стратегію розвитку інноваційної інфраструктури та оновлення матеріально-технічної бази наукових установ;
- запровадити ефективні механізми трансферу технологій та комерціалізації результатів наукових розробок у сфері охорони здоров'я;
- удосконалити інформаційну базу даних результатів наукових досліджень із зазначенням основних медичних, соціальних та економічних показників;

- підвищити соціальний статус науковця та мотивацію до наукової діяльності, що дозволить суттєво вплинути на омолодження кадрового потенціалу науки;
- продовжити подальше впровадження принципів доказової медицини у виконання наукових досліджень та при аналізі базових показників здоров'я населення;
- удосконалити підготовку фахівців з управління інвестиційною та інноваційною діяльністю у сфері охорони здоров'я.

## 5.2. Характеристика фінансування та економічних механізмів управління галуззю

Відповідно до критеріїв ВООЗ, побудова ефективної системи фінансування охорони здоров'я передбачає успішне виконання нею взаємопов'язаних функцій:

- збір доходів – джерела фінансування охорони здоров'я, вибір відповідної стратегії залучення необхідних ресурсів, формування інституцій, на які покладається функція з їх адміністрування;
- об'єднання зібраних коштів у фонди (консолідація коштів) (*анг. pooling of funds*) – діяльність із накопичення та ефективного управління зібраними ресурсами з метою забезпечення вільного доступу громадян до широкого асортименту послуг медичної допомоги та забезпечення їх захисту в разі хвороби від ризику самостійної сплати повної вартості отриманих під час лікування медичних послуг;
- закупівлю медичних послуг – процес передачі коштів із фондів замовника, які займаються їх об'єднанням, до постачальників, що надають послуги. Придбання медичних послуг може здійснюватися або пасивно – відповідно до запланованих бюджетом видатків, або стратегічно – у результаті пошуку на ринку найбільш вдалого цінового та якісного поєднання пропонованих постачальниками послуг.

Представлений нижче аналіз системи фінансування охорони здоров'я ґрунтується на даних НРОЗ, що дозволяє узагальнити економічні результати функціонування цієї сфери, дослідити динаміку змін фінансових потоків, взаємовідносин між джерелами фінансування, постачальниками та видами медичних послуг, а також провести порівняння з міжнародними даними.

У 2015 р. джерелами фінансування системи охорони здоров'я в Україні залишалися, як в і попередні роки, кошти державного, місцевих бюджетів та соціального страхування, приватні кошти домогосподарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства; кошти міжнародних донорських організацій, які спрямовані в систему охорони здоров'я України (так звані «кошти іншого світу» за класифікацією НРОЗ). Основним обов'язковим джерелом фінансування національної системи охорони здоров'я виступають кошти державного та місцевих бюджетів (табл. 5.2.1).

Таблиця 5.2.1

Розподіл загальних витрат на охорону здоров'я за джерелами фінансування у 2010–2014 рр., %

Найменування	2010	2011	2012	2013	2014
Державні (включаючи соціальне страхування)	56,3	55,3	57,2	56,2	51,82
Приватні кошти домашніх господарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства	43,4	44,4	42,6	43,6	47,93
Донори	0,26	0,27	0,24	0,23	0,25

В Україні загальні витрати на охорону здоров'я (ЗВОЗ) як відсоток від ВВП у 2014 р. (аналіз ЗВОЗ проведено на основі даних НРОЗ (Державна служба статистики, 2016) становили 7,42% при рівні витрат на охорону здоров'я у світі в цілому – 8,6%, у Європейському регіоні – 8,9%, що майже на рівні або вище країн, які стали членами ЄС після 2004 р. (у середньому близько 7,0%) (рис. 5.2.1).

За рівнем загальних витрат від ВВП серед країн колишнього Радянського Союзу Україну, як і в попередні роки, випереджали Республіка Молдова і Грузія (відповідно 11,8%; 9,2% ВВП) (рис. 5.2.2).

Щодо ЗВОЗ у розрахунку на одного жителя відносно обмінного курсу національної валюти, то цей показник в Україні коливався від 1850,3 грн/233 дол. США у 2010 р. до 2743 грн/230,7 дол. США у 2014 р. (для порівняння: у світі в цілому вони становили 1025 дол. США, Європейському регіоні – 2270 дол. США). Аналіз витрат у розрахунку на населення одного жителя за паритетом купівельної спроможності (Purchasing Power Parity Rate – PPP Rate), який є своєрідним просторовим «дефлятором», аналогом динамічних індексів цін, що вимірює розходження «в просторі» – в купівельній спроможності валют різних країн, засвідчив, що в Україні щорічно на душу населення витрачалося від 527 (PPP int. \$) у 2010 р. до 648 (PPP int. \$) у 2014 р. (збільшення в 1,2 разу), що відбувалося синхронно із зростанням загальних подушових витрат за курсом національної валюти в доларовому еквіваленті (за період 2010–2014 рр. середній офіційний курс гривні до долара США, встановлений Національним банком України, зріс з 7,94 до 11,89, а у 2015 р. – до 24,0).

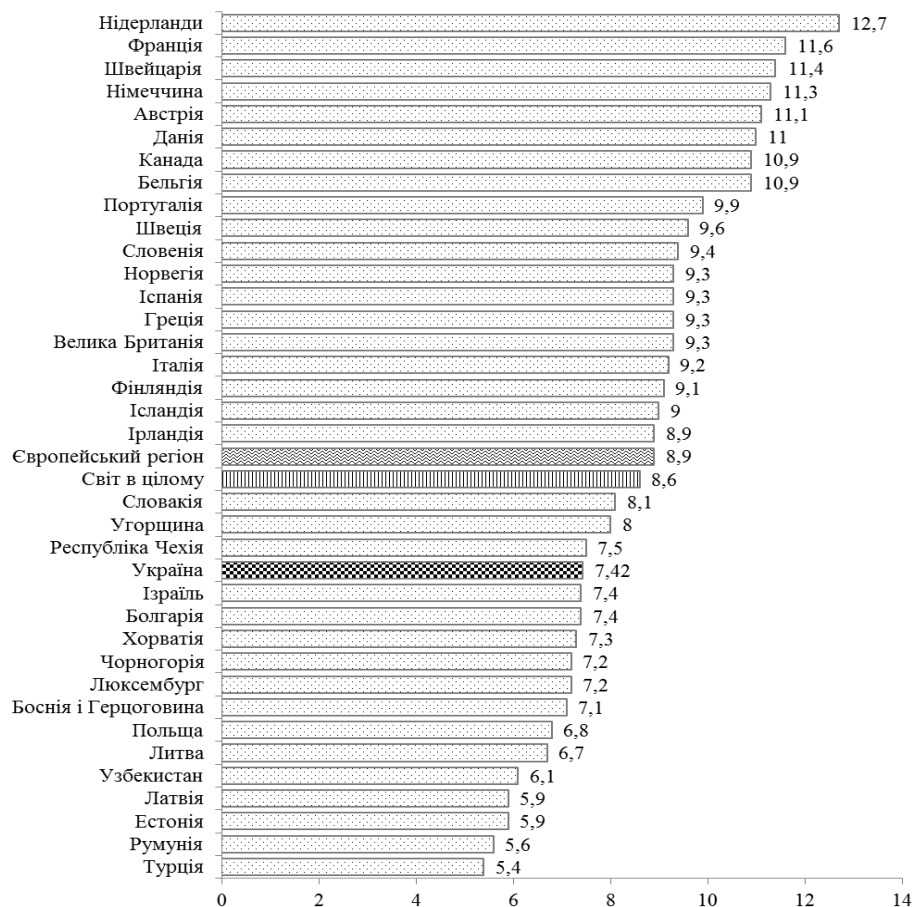


Рис. 5.2.1. Загальні витрати на охорону здоров'я як відсоток від номінального ВВП в Україні порівняно з Європейським регіоном і світом у цілому (побудовано за даними ВООЗ) (Україна, 2014 р.; інші, 2012 р.)

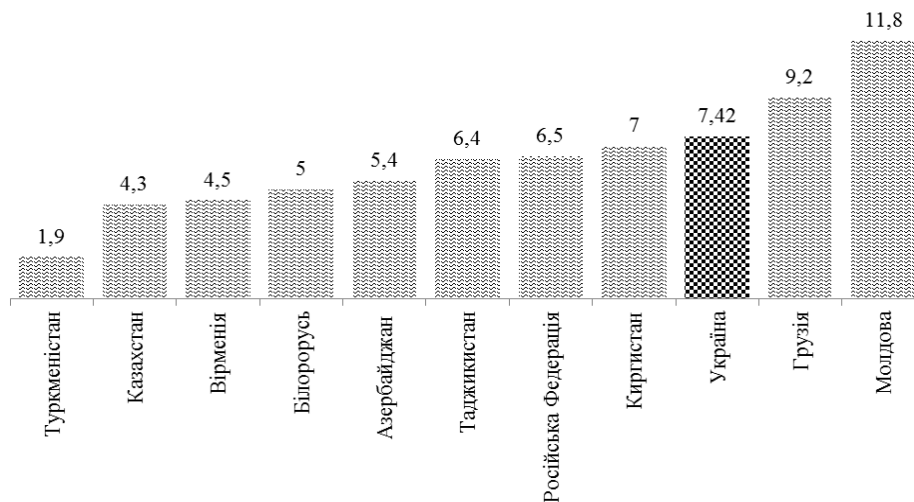


Рис. 5.2.2. Загальні витрати на охорону здоров'я як відсоток від номінального ВВП в Україні порівняно з пострадянськими країнами (побудовано за даними ВООЗ) (Україна, 2014 р.; інші, 2012 р.)

У цілому подушовий рівень витрат на охорону здоров'я в (PPP int. \$) залишається в країні нижчим у 1,4–2,3 разу, ніж в Азербайджані (847), Білорусі (867), Казахстані (947), РФ (1523). Порівняно з країнами Європейського регіону цей показник нижчий у 3,7 разу (2404), світі в цілому – у 1,8 разу (1173).

Державні видатки на охорону здоров'я (ДВОЗ) як відсоток від ВВП коливалися на рівні 3,4–3,8%, у 2014–2015 рр. зафіксовано зменшення частки видатків на охорону здоров'я у Зведеному бюджеті України (11,7–10,4%) (рис. 5.2.3).



Рис. 5.2.3. Державні витрати на охорону здоров'я як відсоток від номінального ВВП та в загальних видатках Зведеного бюджету України

У більшості країн основна частина витрат на охорону здоров'я припадає на державні витрати (у середньому в Європейському регіоні – 72,9%, Україні – 51,7%). Найвищі рівні цього показника серед країн-членів ВООЗ зафіксовано у Монако (88,5%), Норвегії (85%), Великій Британії (84%), Люксембургу (83,5%), Швеції (81,3%); серед країн-членів ЄС після травня 2004 р. – у Чехії (84%), Румунії (80,3%), Хорватії (80,1%), Естонії (78,7%) (рис. 5.2.4).

У країнах СНД державні витрати як відсоток до ЗВОЗ у середньому становили 51,1% (на рівні українського показника), зі значними коливаннями від 18% у Грузії до 77,2% у Республіці Білорусь. До України за величиною цього показника наближені Киргизстан (60,2%), Казахстан (55,8%), Узбекистан (51,1%) (рис. 5.2.5).

Щодо державних видатків на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення відносно обмінного курсу національної валюти, то цей показник в Україні у 2015 р. становив 1653,7 грн/68,9 дол. США (2014 р. – 1221,5 грн/102,77 дол. США, 2013 р. – 1241,7 грн/155,3 дол. США (для порівняння: у світі в цілому вони становили 615 дол. США (2012 р.), Європейському регіоні – 1695 дол. США). Якщо порівнювати цей показник з аналогічним у країнах Європи, то він коливається від 291 дол. США в Чорногорії до 7919 у Норвегії.

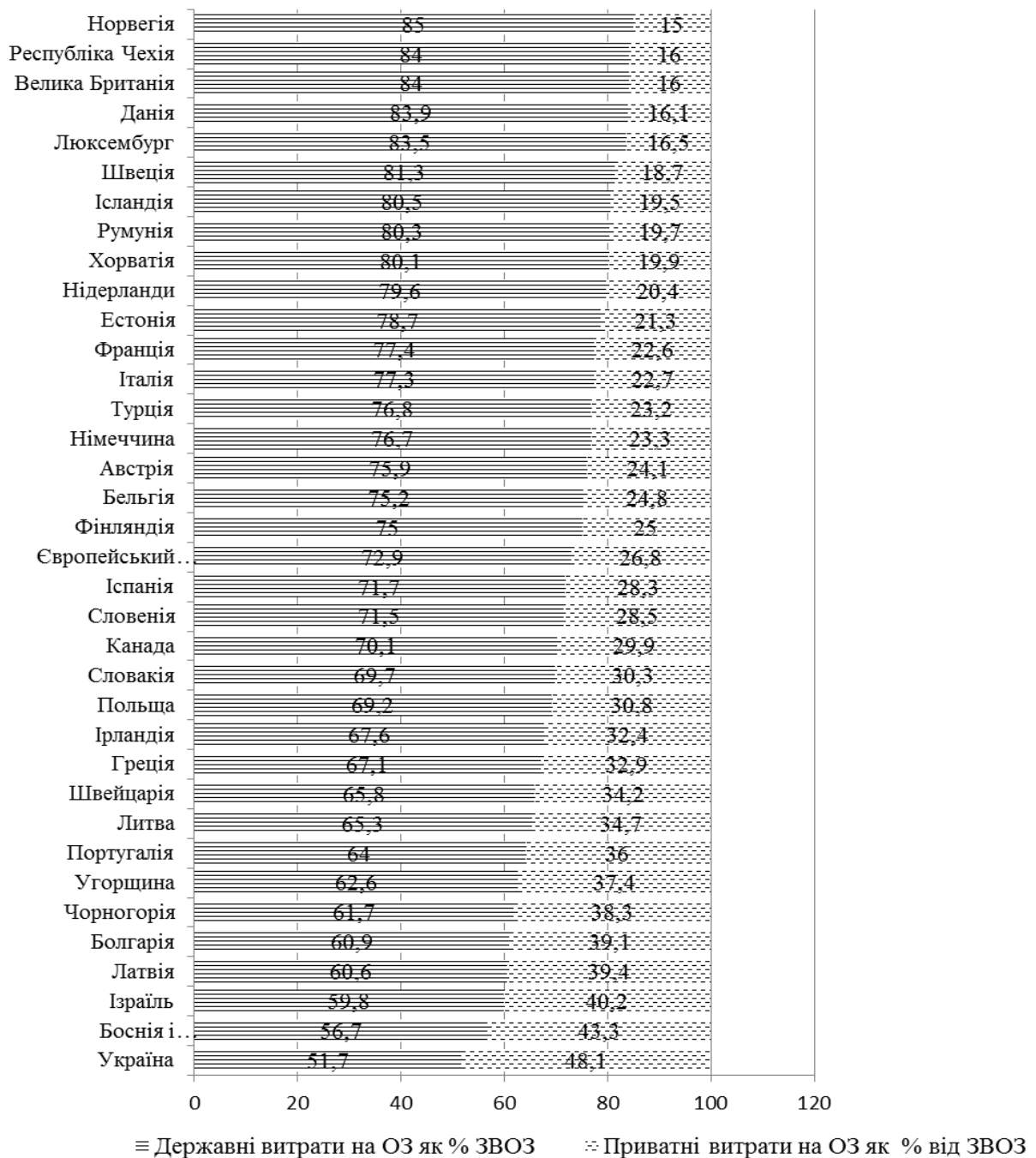


Рис. 5.2.4. Державні і приватні витрати на охорону здоров'я, у відсотках до ЗВОЗ (Європейський регіон ВООЗ, 2012 р.; Україна, 2014 р.)

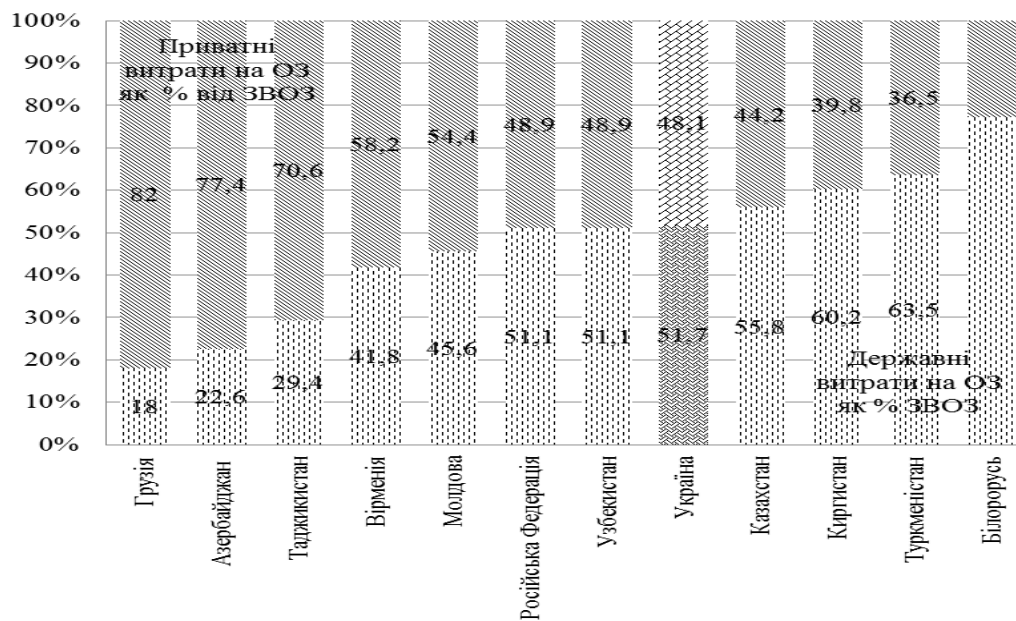


Рис. 5.2.5. Державні і приватні витрати на охорону здоров'я, у відсотках до ЗВОЗ (країни-члени СНД, 2012 р.; Україна, 2014 р.)

Якщо порівнювати цей показник з аналогічним у країнах колишнього Радянського Союзу, то Україну випередили Казахстан (301), Білорусь (262), Грузія (310), Республіка Молдова (110), Азербайджан (91 дол. США) (табл. 5.2.1).

Таблиця 5.2.1

Державні видатки на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення відносно обмінного курсу національної валюти у країнах колишнього Радянського Союзу (Україна, 2015 р., країни-члени СНД, 2012 р.)

Країна	Видатки, дол. США
Таджикистан	18
Вірменія	63
Киргизстан	51
Узбекистан	56
Грузія	60
<b>Україна</b>	<b>68,9</b>
Туркменістан	81
Азербайджан	91
Молдова	110
Білорусь	262
Казахстан	301
Російська Федерація	467

При порівнянні динаміки змін ДВОЗ на душу населення у національній валюті за 2010–2015 рр. встановлено, що їх обсяги зросли в 1,6 разу (з 1045,1 грн у 2010 р. до 1653,7 грн у 2015 р.). При цьому динаміка цих показників у гривневому та доларовому еквіваленті мала різновекторний характер. Так, у 2010 р. обсяги державного фінансування охорони здоров'я як у номінальному, так і в доларовому еквіваленті щорічно зростали при одночасному зменшенні показника у доларовому еквіваленті, що пов'язано з макроекономічною ситуацією в країні і, насамперед, зі стрімким зростанням курсу долара по відношенню до гривні та знеціненням національної грошової одиниці у 2014–2015 рр. (рис. 5.2.6).



Рис. 5.2.6. Динаміка змін державних витрат на охорону здоров'я у гривневому і доларовому еквіваленті, обмінного курсу національної валюти, 2010–2015 рр.

Приватні витрати у структурі ЗВОЗ займали від 44,9% у 2009 р. до 48,1% у 2014–2015 рр., тобто упродовж останніх двох років їх обсяги зросли. За даними НРОЗ, у 2014 р. зазначені витрати досягли найвищого рівня за останні дванадцять років, причому на 95% з них становили витрати на охорону здоров'я домогосподарств (рис. 5.2.7).

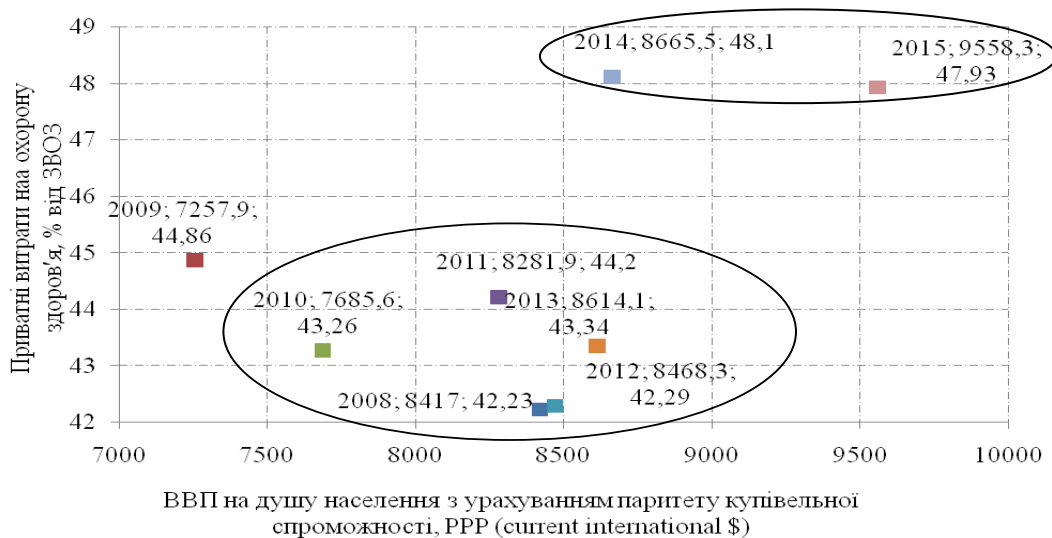


Рис. 5.2.7. Частка приватних витрат населення в ЗВОЗ залежно від ВВП на одного жителя у 2009–2015 рр. (показники за 2015 р. прогнозні), %

Аналіз структури поточних витрат на охорону здоров'я в розрізі основних постачальників медичної допомоги засвідчив, що витрати на фармацевтичні засоби і виробі медичного призначення займали найбільшу питому вагу (відповідно 70,5% від приватних витрат у цілому, 74,4% витрат домогосподарств) (рис. 5.2.8, 5.2.9).



Рис. 5.2.8. Структура поточних приватних витрат у розрізі основних постачальників у 2014 р., %



Рис. 5.2.9. Структура поточних витрат домогосподарств у розрізі основних постачальників у 2014 р., %

Ці дані кореспондуються із результатами опитування домогосподарств щодо оцінки доступності медичної допомоги. Зокрема у 2014 р. майже в усіх (98%) домогосподарствах хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців потребував медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя, у 2015 р. – 97,4%. Якщо у 2014 р. кожне п'яте таке домогосподарство (20,6%) повідомило про випадки неможливості задовольнити такі потреби, то у 2015 р. вже 29,3% домогосподарств. Як і в попередні роки, основною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги переважна більшість домогосподарств вказали занадто високу вартість ліків, медичних товарів, послуг охорони здоров'я.

За даними Державної казначейської служби України, у 2015 р. зі Зведеного бюджету України на охорону здоров'я було спрямовано 70991,4 млн грн (загальний і спеціальний фонди) (зростання видатків на 24,2% порівняно з 2014 р.), у т.ч. з державного бюджету (загальний фонд) – 8461,4 млн грн (практично на рівні попереднього року); з місцевих бюджетів (загальний фонд) – 48938,2 млн грн (дані Державної казначейської служби України без АР Крим, Луганської, Донецької областей і м. Севастополя) (зростання на 14,5%) (показники виконання Зведеного та Державного бюджетів України за січень-грудень 2012–2015 рр. (дані Міністерства фінансів України)) (табл. 5.2.2), при цьому споживчі ціни в цілому зросли порівняно з попереднім роком на 48,7%, а в охороні здоров'я – на 37,6%. Таким чином, зростання обсягів фінансування в сфері охорони здоров'я було «знівельовано» зростанням рівня інфляції, яка в аналізованому році була максимальною за останні 20 років.

Таблиця 5.2.2

Видатки на охорону здоров'я в Україні за 2010–2015 рр.

Показник	Рік					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я (млн грн)	44745,4	48961,6	58453,9	61568,8	57150,1	70991,4
Видатки на охорону здоров'я у загальному фонді зведеного бюджету (млн грн), у т.ч.:	40489,0	43075,1	51972,40	56407,4	51208,9	58975,6
– видатки на охорону здоров'я у загальному фонді державного бюджету МОЗ України	4397	4862	9646,2	11 141,2	8482,6	8461,4
– видатки на охорону здоров'я у загальному фонді місцевих бюджетів	33347,5	34527,1	42326,2	45266,2	42726,3	48938,2
Індекси споживчих цін (рік до попереднього року)	109,4	108	100,6	99,7	112,1	148,7



Індекси споживчих цін на товари і послуги охорони здоров'я (рік до попереднього року)	107,9	106,7	103,7	102,3	116,5	137,6
---	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Як і в попередні роки, у 2015 р. найбільшим адміністратором (розпорядником бюджетних коштів) центрального бюджету залишалося Міністерство охорони здоров'я, що контролювало 62,6% державного фінансування (дані НРОЗ, 2014 р.). Решта коштів розподілялася Національною академією медичних наук (12,8% державного фінансування) та іншими центральними урядовими органами – Міністерство інфраструктури (8,0%), Міністерство оборони (6,8%), Міністерство внутрішніх справ (3,8%), інші фінансові посередники з числа органів державного управління (6,0%).

У 2015 р. МОЗ України контролювало 70,3% коштів державного бюджету (видатки за програмною класифікацією), НАМН України – 10,9%, Міністерство оборони (9,2%), Міністерство внутрішніх справ (3,7%) (табл. 5.2.3).

Таблиця 5.2.3

**Обсяги фінансування системи охорони здоров'я з державного бюджету за програмною класифікацією видатків у 2015 р. (загальний і спеціальний фонди), грн (за даними звіту Державної казначейської служби України про видатки за програмною класифікацією видатків та кредитування державного бюджету у 2015 р.)**

Найменування	Загальний фонд	Спеціальний фонд	Разом	Частка у витратах державного бюджету на охорону здоров'я, %
	Виконано за січень–грудень 2015 р.			
<b>Державне управління справами</b>				
Надання медичних послуг медичними закладами	335 084 178,68	66 736 403,34	401 820 582,02	2,58
<b>Міністерство внутрішніх справ України</b>				
Медичне забезпечення працівників, осіб рядового і начальницького складу органів внутрішніх справ	466 291 341,51	104 281 414,15	570 572 755,66	3,67
<b>Міністерство соціальної політики України</b>				
Комплексне медико-санітарне забезпечення та лікування онкологічних захворювань із застосуванням високовартісних медичних технологій громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи	59 948 661,69	x	59 948 661	0,39
<b>Міністерство оборони України</b>				
Медичне лікування, реабілітація та санаторне забезпечення особового складу Збройних Сил України, ветеранів військової служби та членів їхніх сімей, ветеранів війни	1 087 401 441,30	347 967 340,71	1 435 368 782,01	9,23
<b>Міністерство охорони здоров'я України</b>	8 461 364 243,25	2 473 511 879,66	10 934 876 122,91	70,28
<b>Міністерство інфраструктури України</b>				
<i>Державна адміністрація залізничного транспорту</i>				
Медичне обслуговування працівників та пасажирів залізничного транспорту	206 753 146,52	137 375 563,55	344 128 710,07	2,21

<b>Служба безпеки України</b>				
Медичне обслуговування і оздоровлення особового складу та утримання закладів дошкільної освіти Служби безпеки України	63 640 899,94	59 305 402,61	122 946 302,55	0,79
<b>Національна академія наук України</b>				
Медичне обслуговування працівників Національної академії наук України	37 363 184,27	1 552 015,33	38 915 199,60	0,25
<b>Національна академія медичних наук України</b>	1 255 092664,71	448 075 475,82	1 703 168140,53	10,95

У 2015 р. зафіксовано значне скорочення витрат Міністерством інфраструктури (2,2%), оскільки 75 закладів охорони здоров'я, що входили до сфери оперативного управління Укрзалізниці, з 1 січня 2015 р. підлягали передачі в комунальну власність. Головним розпорядником коштів стало Міністерство охорони здоров'я України, а заклади охорони здоров'я, що входили до сфери управління Міністерства інфраструктури України, які були передані або підлягали передачі до комунальної власності, мали фінансуватися місцевими бюджетами за рахунок медичної субвенції з державного бюджету. У зв'язку з цим з 1 січня 2015 р. фактично припинено державне фінансування вказаних 75 закладів охорони здоров'я, що входили до сфери управління Міністерства інфраструктури України.

У 2014 р. за бюджетною програмою «Медичне обслуговування працівників та пасажирів залізничного транспорту» (КПКВК 3104040) було передбачено асигнування в обсязі 1012,2 млн грн. На 2015 р. асигнування державного бюджету за вищевказаною програмою склали 397,0 млн грн для 11 закладів охорони здоров'я, які ввійшли до статутного капіталу ПАТ «Українська залізниця». Поряд з тим, фактично передача 75 закладів охорони здоров'я, що входили до сфери управління Міністерства інфраструктури України, у комунальну власність розпочалася лише з серпня 2015 р. і не завершилася на початок поточного року. Станом на 10.02.2016 р. лише по 54 закладах охорони здоров'я затверджені органами місцевого самоврядування відповідні акти приймання-передачі, а стосовно 21 закладу охорони здоров'я питання зміни підпорядкування досі вирішується.

Відповідно до експертної думки розробників проекту постанови, органи місцевого самоврядування не зацікавлені в прийманні в комунальну власність закладів охорони здоров'я, що входили до сфери управління Міністерства інфраструктури України, адже вони змушені переглядати та оптимізувати (скоротити) мережу вже існуючих (у комунальній власності) закладів охорони здоров'я. Крім того, за попередніми оцінками, з урахуванням підвищення розмірів зарплати медичним працівникам, росту цін на витратні матеріали, вартості комунальних послуг, реальний дефіцит коштів на утримання комунальних закладів охорони здоров'я у 2016 р. складе щонайменше 5,0 млрд грн.

У цілому обсяги фінансування охорони здоров'я (закладів і установ, які знаходяться у підпорядкуванні МОЗ України) із державного бюджету та їх структура наведені у табл. 5.2.4.

У 2015 р. забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру з державного бюджету профінансовано в обсязі 3696,9 млрд грн – 33,8% від обсягів видатків на охорону здоров'я МОЗ України (у 2014 р. на ці потреби використано 3,13 млрд грн), тобто, враховуючи суттєве зростання цін на лікарські засоби і товари медичного призначення, заходи програм з протидії захворюванню на туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гепатит, програми з імунопрофілактики дітей, лікування

онкологічних хворих, реалізації прав важко хворих дітей на життя та здоров'я були профінансовані в межах видатків 2014 року.

Таблиця 5.2.4

**Обсяги фінансування охорони здоров'я (закладів і установ, які знаходяться у підпорядкуванні МОЗ України) з державного бюджету та їх структура**

Найменування	Загальний фонд	Спеціальний фонд	Разом	Частка у витратах на охорону здоров'я з державного бюджету, %
	Виконано за січень–грудень 2015 р.			
<b>Міністерство охорони здоров'я України</b>	8 461 364 243,25	2 473 511 879,66	10 934 876 122,91	100
<b>Апарат МОЗ України</b>	7 348 841 924,77	2 170 608 599,10	9 519 450 523,87	87,06
Керівництво та управління у сфері охорони здоров'я	26 231 386,74	5 277 620,67	31 509 007,41	0,29
Дослідження, наукові і науково-технічні розробки, виконання робіт за державними цільовими програмами і державним замовленням, підготовка та підвищення кваліфікації наукових кадрів у сфері охорони здоров'я, фінансова підтримка розвитку наукової інфраструктури та об'єктів, що становлять національне надбання	36 494 261,26	46 512 810,25	83 007 071,51	0,76
Підготовка і підвищення кваліфікації медичних та фармацевтичних, наукових та науково-педагогічних кадрів вищими навчальними закладами III і IV рівнів акредитації	743 748 418,08	1 683 483 236,25	2 427 231 654,33	22,20
Підвищення кваліфікації медичних та фармацевтичних кадрів та підготовка наукових і науково-педагогічних кадрів у сфері охорони здоров'я	151 176 609,01	88 178 718,48	239 355 327,49	2,19
Методичне забезпечення діяльності медичних (фармацевтичних) ВНЗ та закладів післядипломної освіти	1 268 046,05	30 590,60	1 298 636,65	0,01
Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я	733 863 814,00	129 830 770,56	863 694 584,56	7,90

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Підготовка медичних і фармацевтичних кадрів вищими навчальними закладами I і II рівнів акредитації	4 757 163,00	50 273 049,83	55 030 212,83	0,50
Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я НДІ та ВМНЗ МОЗ України	763 304 115,73	101 776 637,10	865 080 752,83	7,91
Санаторне лікування хворих на туберкульоз та дітей і підлітків із соматичними захворюваннями	299 666 350,48	12 604 164,53	312 270 515,01	2,86
Спеціалізована консультативна амбулаторно-поліклінічна та стоматологічна допомога, що надається вищими навчальними закладами, науково-дослідними установами та загальнодержавними закладами охорони здоров'я	82 638 117,33	12 671 002,60	95 309 119,93	0,87
Виконання боргових зобов'язань за кредитами, залученими ДП «Укрмедпостач» під державні гарантії, для реалізації інвестиційного проекту, оплата податкових зобов'язань (з урахуванням штрафних санкцій), що виникли в рамках реалізації інвестиційного проекту	320 963 525,54		320 963 525,54	2,94
Організація і регулювання діяльності установ та окремі заходи у системі охорони здоров'я	124 940 111,95	33 524 098,85	158 464 210,80	1,45
Лікування громадян України за кордоном	201 787 979,29		201 787 979,29	1,85
Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру	3 696 859 487,44		3 696 859 487,44	33,81
Функціонування Національної наукової медичної бібліотеки, збереження та популяризація історії медицини	18 793 205,77	3 672 544,34	22 465 750,11	0,21

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Заходи із реабілітації хворих на дитячий церебральний параліч у Міжнародній клініці відновного лікування	11 142 775,00		11 142 775,00	0,10
Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей		2 773 355,04	2 773 355,04	0,03
Будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ»	131 206 558,10		131 206 558,10	1,20
<b>Державна служба України з лікарських засобів</b>	36 699 119,52		36 699 119,52	0,34
Керівництво та управління у сфері лікарських засобів	36 699 119,52		36 699 119,52	0,34
<b>Державна служба України з контролю за наркотиками</b>	7 890 035,20		7 890 035,20	0,07
Керівництво та управління у сфері контролю за наркотиками	7 890 035,20		7 890 035,20	0,07
<b>Державна санітарно-епідеміологічна служба України</b>	1 067 933 163,76	282 716 100,13	1 350 649 263,89	12,35
Керівництво та управління у сфері санітарно-епідеміологічної служби	240374577,65	260 461,26	240 635 038,91	2,20
Проведення лабораторних досліджень у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення і вжиття спеціальних заходів на локалізацію та ліквідацію спалахів та епідемій	827 558 586,11	282 455 638,87	1 110 014 224,98	10,15
<b>Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань</b>		20 187 180,43	20 187 180,43	0,18
Удосконалення заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально-небезпечних захворювань в Україні		20 187 180,43	20 187 180,43	0,18

Слід зазначити, що починаючи з 2015 р. змінено систему міжбюджетних трансфертів (коштів, які безоплатно і безповоротно передаються від одного бюджету до іншого) для фінансування охорони здоров'я в обсязі 46177,02 млн грн. У рамках реформи міжбюджетних відносин запроваджено новий вид трансфертів для охорони здоров'я з державного бюджету місцевим бюджетам – медичну субвенцію.

Відповідно до норм Бюджетного кодексу України видатки місцевих бюджетів на охорону здоров'я враховано у складі видатків МОЗ України як головного розпорядника бюджетних коштів у відповідній бюджетній програмі, також визначено порядок та умови надання коштів медичної субвенції (табл. 5.2.5).

Таблиця 5.2.5

**Обсяги фінансування загальнодержавних видатків МОЗ України (субвенції), грн**

Найменування	Загальний фонд	Спеціальний фонд	Разом	Частка у витратах на охорону здоров'я з державного бюджету, %
	Виконано за січень–грудень 2015 р.			
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарських засобів для інгаляційної анестезії	18 274 802,57		18 274 802,57	0,04
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання медикаментів та виробів медичного призначення для забезпечення швидкої медичної допомоги	135 630 015,69		135 630 015,69	0,29
Медична субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам	46177023597,67		46177023597,67	99,56
Субвенція з державного бюджету обласному бюджету Львівської області на завершення реконструкції Львівського обласного перинатального центру	45 000 000,00		45 000 000,00	0,10
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»		6 364 431,77	6 364 431,77	0,01
<b>Міністерство охорони здоров'я України (загальнодержавні витрати)</b>	<b>46375928415,93</b>	<b>6 364 431,77</b>	<b>46382292847,70</b>	<b>100</b>

Як видно з табл. 5.2.5, обсяги медичної субвенції становили 46177,02 млн грн, крім того, як і в попередні роки, виділялися субвенції на придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарських засобів для інгаляційної анестезії (18,3 млн грн), забезпечення екстреної медичної допомоги (135,6 млн грн). Крім того, заходи з розбудови регіональних систем охорони здоров'я у 8 обраних регіонах (Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Львівська, Полтавська і Рівненська області) в рамках реалізації спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» (Угода про позику (Проект «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей») між Україною та Міжнародним банком реконструкції та розвитку від 19.03.2015 р. №8475-UA)) профінансовані в обсязі 6,3 млн гривень.

Порядок та умови надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» визначено постановою Кабінету Міністрів України від 27.05.2015 №350.

Відповідно до паспорту бюджетної програми (КПКВК ДБ 2301610, КФКВК 0763) «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» на 2015 р., реалізація коштів спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту мала бути спрямована на:

- розробку та затвердження національних стандартів, довідкових реєстрів з електронної охорони здоров'я; формування нормативно-правової бази для запровадження механізму фінансування закладів охорони здоров'я на основі діагностично-споріднених груп (2754,3 тис. грн);

- реконструкцію приміщення для роботи Центру обробки даних Електронної охорони здоров'я (301,4 тис. грн);

- закупівлю ліцензії на використання системи діагностично-споріднених груп (6389,3 тис. грн);

- оцінку системи громадської охорони здоров'я, розвиток стратегії та розробка Національного плану дій, формування національної системи, формування регіональних і субрегіональних планів (2659,4 тис. грн);

- проведення інформаційно-комунікаційних кампаній у рамках реформування системи охорони здоров'я, досліджень (1799,5 тис. грн);

- проведення семінарів, навчання, підготовки спеціалістів з питань охорони здоров'я та реалізації Проекту (1600,3 тис. грн);

- оплату послуг консультантів, перекладачів (413,2 тис. грн);

- технічну підтримку Групи з впровадження Проекту (103,0 тис. грн).

У цілому на фінансування вищевказаних заходів планувалося використати 33020,40 тис. грн, фактично профінансовано – 6,3 млн гривень.

У розподілі коштів на охорону здоров'я суттєву роль продовжували відігравати регіональні та місцеві органи управління. Місцеві урядові структури у 2015 р. розподіляли 83,9% суспільних фондів (для порівняння: у 2010 р. – 75,1%, 2011 р. – 79,1%, 2012 р. – 80,6%, 2013 – 79,8%, 2014 р. – 81,5%). У цілому у 2015 р. з місцевих бюджетів було профінансовано видатки на охорону здоров'я в обсязі 59514,08 млн грн, у т.ч. загальний фонд – 48938,2 млн грн, спеціальний – 10602,9 млн гривень.

У 2015 р. кінцеве споживання фінансових коштів системи охорони здоров'я з місцевих бюджетів забезпечувалося переважно на рівні двох основних постачальників медичних послуг: лікарень (69,8%) (для порівняння: 2009 р. – 76,9%, 2010 р. – 77,2%, 2011 р. – 76,8%, 2012 р. – 70,26%, 2013 р. – 65,7%, 2014 р. – 67,36%) і закладів, що надавали амбулаторно-поліклінічну, швидку та невідкладну медичну допомогу (22,8%) (для порівняння: 2009 р. – 15,5%, 2010 р. – 15,48%, 2011 р. – 15,2%, 2012 р. – 18,41%, 2013 р. – 23,26%, 2014 р. – 25,09%), тобто можна говорити про незначні зміни в тенденції останніх років щодо зміщення структури видатків.

Виділення окремої функції «Центри первинної медичної (медико-санітарної допомоги)» у функціональній класифікації видатків і кредитування бюджету дає змогу простежувати дані про обсяги видатків на надання ПМД у центрах ПМСД. У цілому видатки

на їх фінансування становили 10,4% проти 11,53% від загального обсягу фінансування охорони здоров'я з місцевих бюджетів у 2014 році.

Частка видатків у структурі місцевих бюджетів на фінансування екстреної медичної допомоги за функцією «Станції швидкої та невідкладної допомоги» становила 5,6% проти 6,28% у 2014 р. (2013 р. – 5,1% 2012 р. – 3,43%; 2011 р. – 2,7%).

Такі зміни можна пояснити тим, що обсяги фінансування тісно пов'язані з мережею ЗОЗ, чисельність якої змінилася у зв'язку тимчасовою окупацією території АР Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

Щодо економічної класифікації видатків ЗОЗ, які фінансувалися із загального фонду місцевих бюджетів, у їх структурі переважали видатки на оплату праці з нарахуваннями (2010 р. – 72,0%; 2011 р. – 75,0%, 2012 р. – 73,5%, 2013 р. – 74,4%, 2014 р. – 66,68%; 2015 р. – 70,6%). Стосовно видатків на комунальні послуги та енергоносії, їх частка зросла порівняно з попередніми роками (2010 р. – 8,5%; 2011 р. – 9,0%, 2012 р. – 8,7%, 2013 р. – 8,1%, 2014 р. – 6,96%; 2015 р. – 9,6%). Водночас частку видатків у загальному обсязі фінансування з місцевих бюджетів на медикаменти та перев'язувальні матеріали зафіксовано на рівні 8,6% (2010 р. – 7,9%, 2011 р. – 7,8%, 2012 р. – 7,5%, 2013 р. – 7,1%, 2014 р. – 7,22%), харчування – 2,1% (2010 р. – 3,0%, 2011 р. – 2,7%, 2012 р. – 2,3%, 2013 р. – 2,2%, 2014 р. – 1,9%).

Слід зазначити, що місцевим радам надано право передавати кошти медичної субвенції у вигляді міжбюджетного трансферту іншим бюджетам для надання медичних послуг за місцем обслуговування населення та розподіляти залишки субвенції відповідними рішеннями, а також додатково понад обсяги субвенції планувати та здійснювати з місцевих бюджетів оплату поточних та капітальних видатків ЗОЗ, програм у галузі охорони здоров'я, включаючи погашення бюджетних зобов'язань минулих років, які взяті на облік в органах Державного казначейства.

У результаті вивчення норм бюджетного законодавства щодо змін у міжбюджетних відносинах встановлено напрями використання коштів медичної субвенції, які можуть спрямовуватися як на оплату поточних видатків ЗОЗ та програм у сфері охорони здоров'я, так і на здійснення заходів з оптимізації мережі. Слід зазначити, що у бюджетному законодавстві вперше для бюджетних ЗОЗ запроваджено норму стосовно відміни повернення до державного бюджету залишків коштів субвенцій на кінець бюджетного року та надано можливість використання цих коштів у наступному бюджетному періоді на поточне утримання та оновлення матеріально-технічної бази ЗОЗ. Ще однією новацією стало виділення резерву коштів у складі медичної субвенції (1% від загального обсягу субвенції) для здійснення видатків, які не могли бути враховані при формульному розподілі субвенції між місцевими бюджетами, тобто зроблено спробу щодо вирівнювання виникнення можливих фінансових ризиків.

При цьому слід зазначити, що використання такого резерву коштів вирішується МОЗ України за умови надання структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних, м. Києва державних адміністрацій узагальнених пропозицій щодо використання зазначеного резерву з необхідними обґрунтуваннями та розрахунками. У структурі медичної субвенції передбачено цільові кошти на лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет, зменшення яких під час формування та затвердження відповідних місцевих бюджетів не допускається, а також кошти для забезпечення додаткових виплат медичним працівникам системи ЕМД.



Підходи до визначення обсягу міжбюджетних трансфертів як до, так і після їх реформи наприкінці 2014 р., залишилися незмінними для охорони здоров'я. У їх основу покладено формульні розрахунки, виходячи з фінансового нормативу бюджетної забезпеченості у розрахунку на одного жителя та коригуючих коефіцієнтів (зокрема соціально-економічних, демографічних, кліматичних, екологічних та інших особливостей адміністративно-територіальних одиниць).

Стосовно оплати праці в сфері охорони здоров'я, то, як і в попередні роки, рівень оплати праці залишається одним із найнижчих серед інших галузей економіки (табл. 5.2.6). Крім того, зростання рівня заробітної плати в середньому на 10–17% у відповідності до збільшення соціальних стандартів фактично було нівельовано продовженням «обвалу» курсу гривні і зростанням рівня інфляції, у доларовому еквіваленті заробітна плата порівняно з 2014 р. зменшилася до 45%.

Таблиця 5.2.6

**Динаміка середньомісячної заробітної плати за видами економічної діяльності у 2010–2015 рр. у розрахунку на одного штатного працівника, грн/дол. США**

Вид діяльності	Рік					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Галузі економіки, усього, грн	2247	2639	3026	3619	3480	4195
дол. США за курсом НБУ	283	331	379	453	293	175
Промисловість, грн	2584	3123	3500	4115	3988	4791
дол. США	325	392	438	515	335	200
Освіта, грн	1893	2087	2527	2918	2724	3132
дол. США	238	262	316	365	229	131
Охорона здоров'я та соціальна допомога, грн	1633	1780	2201	2726	2441	2853
дол. США	206	223	275	341	205	119
лікарі, грн	2618	2658	3632	3573	3442	3814
дол. США	330	334	455	447	289	159
молодші спеціалісти з медичною освітою, грн	1775	1817	2516	2413	2394	2720
дол. США	224	228	315	302	201	113
молодший медичний персонал, грн	1298	1368	1738	1729	1651	1932
дол. США	163	172	218	216	139	81
<i>Співвідношення заробітної плати (разів)</i>						
у промисловості до охорони здоров'я	1,75	1,59	1,51	1,63	1,41	1,68
у галузях економіки до охорони здоров'я	1,48	1,37	1,33	1,23	1,28	1,47

Таким чином, система охорони здоров'я України у 2015 р. продовжувала нести тягар кризи української економіки, а також, як і інші галузі, відчула додатковий тягар військових витрат.

Національна система охорони здоров'я потребує нагальних та швидких змін, як у частині обсягів фінансування, пошуків додаткових стабільних джерел фінансування, так і раціонального використання обмежених ресурсів.

На жаль, системних змін у системі фінансування упродовж 2015 р. не відбулося, крім того, серйозне занепокоєння викликає зростання приватних витрат на охорону здоров'я і зменшення державних, що негативно позначається на доступності медичної допомоги населенню.

### 5.3. Характеристика стану та проблем кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України

Основними сучасними кадровими проблемами, які склалися в охороні здоров'я європейських країн у цілому та України зокрема, є:

- різноманітність і складність структури кадрових ресурсів;
- низька якість перед- та післядипломної підготовки лікарів;
- нерівномірність забезпечення населення медичними кадрами в розрізі адміністративних територій;
- велика кількість лікарських спеціальностей;
- невмотивованість медичних кадрів до ефективної праці через недосконалу систему оплати праці;
- низький рівень укомплектованості лікарських посад за окремими спеціальностями;
- загальний дефіцит кадрів;
- надмірна спеціалізація лікарів;
- невідповідність системи атестації;
- висока частка працівників пенсійного віку;
- застарілість нормативно-правової бази з питань кадрової політики в охороні здоров'я.

Метою кадрової політики ВООЗ є підготовка необхідних кваліфікованих працівників, забезпечення ними закладів охорони здоров'я, а також виконання цими медичними працівниками відповідних завдань. Розроблений ВООЗ спільно з державами-членами Десятирічний план дій на 2006–2015 рр., який включає заходи у сфері управління, навчання і планування кадрових ресурсів, заснований на національному лідерстві та глобальній солідарності.

Дефіцит кадрів існує, перш за все, у первинній ланці, особливо в сільській місцевості. Відтік медичних кадрів із країн-донорів призводить до неуккомплектованості ЗОЗ у цих країнах, зменшення можливостей служб охорони здоров'я, збільшення витрат на наймання і закріплення кадрів. У США дефіцит медсестер у 2015 р. становив 500 тис., Канаді у 2011 р. – 113 тис., Фінляндії – 112 тис., Великій Британії у 2008 р. – 35 тис., Австралії у 2006 р. – 21 тисячу. У країнах Європейського регіону відчувається брак підготовки сімейних лікарів і медсестер, інших працівників ПМСД; підготовка медико-санітарних працівників проводиться без урахування необхідних співвідношень між лікарями вузьких спеціальностей, між лікарями й медсестрами. За даними ВООЗ, у світі не вистачає 2 млн медпрацівників.

Забезпеченість медичними кадрами в країнах ЄС становить 104,0 на 10 тис. нас., у т.ч. лікарями – 35,2, в СНД – 37,3. Показник забезпеченості населення Європейського регіону ВООЗ медсестрами дорівнює 67,0 на 10 тис. У країнах ЄС – 73,1; СНД – 78,5 на 10 тис. нас. (останні можливі показники для порівняння у базі даних ВООЗ). Досить високими рівнями характеризуються такі показники в Україні: забезпеченість лікарями (фізичними особами) на 10 тис. нас. у 2015 р. становила 38,0, середнім медичним персоналом (СМП) – 80,78 (табл. 5.3.1).

Розвиток кадрового потенціалу характеризується тенденцією до стабілізації і навіть зниженням показника співвідношення чисельності СМП до чисельності лікарів у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України. Динаміка показників забезпеченості населення лікарями та СМП набула характеру до зменшення (табл. 5.3.2, 5.3.3).

Таблиця 5.3.1

Забезпеченість населення України медичними працівниками у 2010 та 2015 рр. (на 10 тис. нас.)

Показник	Рік	
	2010	2015
<i>Забезпеченість лікарями</i>		
Заклади охорони здоров'я системи МОЗ України	43,20	38,0
<i>Забезпеченість СМП</i>		
Заклади охорони здоров'я системи МОЗ України	94,10	80,78

Таблиця 5.3.2

Забезпеченість штатними посадами та фізичними особами лікарів у 2010 та 2015 рр. (на 10 тис. нас.)

Адміністративно-територіальна одиниця	Забезпеченість			
	штатними посадами		фізичними особами	
	2010	2015	2010	2015
<i>Область</i>				
Вінницька	51,90	51,0	46,17	45,6
Волинська	45,45	43,1	37,18	36,3
Дніпропетровська	55,80	51,3	41,99	39,6
Донецька	55,02	20,6	41,36	12,6
Житомирська	48,58	45,8	35,51	35,3
Закарпатська	39,54	37,2	38,20	37,5
Запорізька	58,65	56,7	42,83	43,2
Івано-Франківська	53,02	54,1	55,87	56,9
Київська	51,04	49,5	37,97	37,0
Кіровоградська	49,58	47,5	33,24	33,5
Луганська	52,46	17,5	39,02	8,9
Львівська	50,84	48,4	52,19	50,7
Миколаївська	44,56	42,6	31,75	29,9
Одеська	53,15	49,4	43,11	40,9
Полтавська	53,96	55,0	44,48	44,9
Рівненська	48,54	45,7	38,02	38,5
Сумська	48,61	47,8	35,28	37,0
Тернопільська	52,22	51,5	48,99	50,0
Харківська	56,57	55,5	48,53	46,6
Херсонська	44,57	42,8	31,18	30,7
Хмельницька	46,67	45,4	38,19	38,3
Черкаська	46,98	45,8	35,42	35,2
Чернівецька	55,25	54,5	58,42	55,9
Чернігівська	48,89	48,1	35,76	35,5
<i>Місто</i>				
Київ	75,80	70,3	59,57	56,0
Україна	53,50	46,2	43,22	38,0

Таблиця 5.3.3

Забезпеченість штатними посадами та фізичними особами середнього медичного персоналу у 2010 та 2015 рр. (на 10 тис. нас.)

Адміністративно-територіальна одиниця	Забезпеченість			
	штатними посадами		фізичними особами	
	2010	2015	2010	2015
<i>Область</i>				
Вінницька	97,65	92,24	102,36	101,82
Волинська	96,65	89,81	106,88	102,81
Дніпропетровська	97,78	90,58	86,89	80,29
Донецька	101,29	37,34	88,69	30,73
Житомирська	104,53	98,59	106,59	102,99
Закарпатська	79,92	75,66	89,01	84,48
Запорізька	105,05	101,15	92,60	86,64

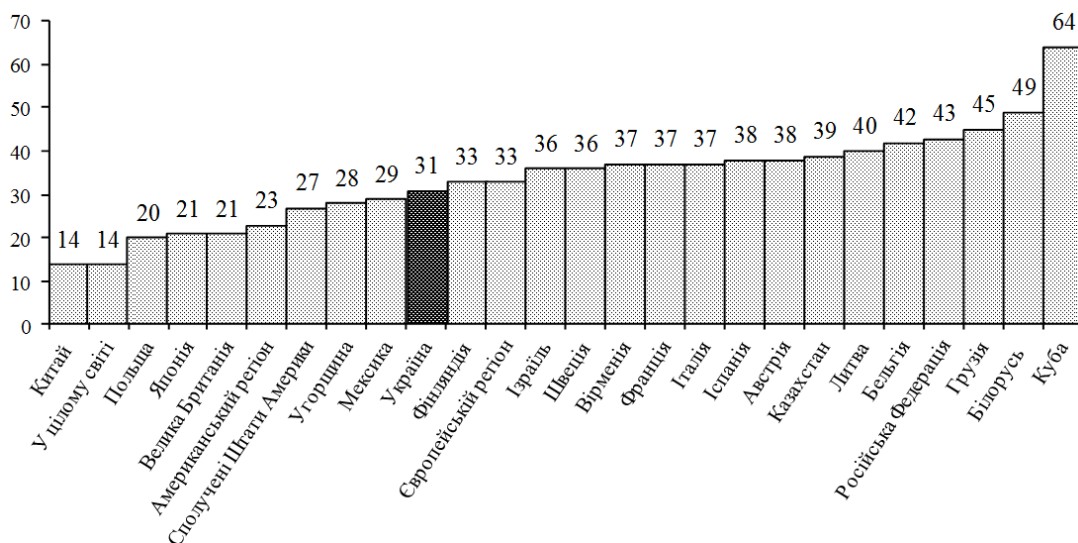
**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Івано-Франківська	96,88	93,59	106,94	106,39
Київська	102,46	101,01	89,20	82,52
Кіровоградська	107,73	102,44	100,82	97,01
Луганська	96,44	35,28	92,51	23,67
Львівська	92,19	87,61	101,09	97,97
Миколаївська	89,08	83,19	80,40	75,26
Одеська	96,42	87,48	85,38	76,08
Полтавська	102,19	99,66	97,13	94,17
Рівненська	100,76	93,91	110,93	104,86
Сумська	106,02	102,52	103,94	103,05
Тернопільська	99,25	95,39	110,11	106,86
Харківська	93,07	87,67	84,39	77,99
Херсонська	93,47	88,41	89,09	83,51
Хмельницька	94,41	90,89	99,33	97,51
Черкаська	103,15	98,11	99,72	95,81
Чернівецька	88,76	83,19	101,56	98,35
Чернігівська	113,12	108,04	110,09	104,67
<i>Місто</i>				
Київ	104,14	100,05	81,52	75,59
Україна	98,74	84,64	94,01	80,78

Кількість штатних лікарських посад у закладах системи МОЗ України з кожним роком скорочується (2010 р. – 234,9 тис.; 2015 р. – 196,8 тис.). Різниця за вказані роки склала 38,1 тис. лікарських посад. За цей самий період кількість лікарів – фізичних осіб зменшилась на 35,5 тисячі. Унаслідок цих процесів скоротився розрив між кількістю штатних посад лікарів і фізичних осіб. Так, якщо у 2010 р. ця різниця склала в абсолютних числах 46,8 тис., то у 2015 р. – 35,2 тисячі.

За даними ВООЗ, в Україні показники забезпечення медичними працівниками наблизилися до середньоєвропейських (рис. 5.3.1 і 5.3.2).

Негативні зміни в чисельності лікарів упродовж 2015 р. сформувалися за рахунок АР Крим, Донецької, Луганської, Дніпропетровської областей та м. Севастополя. Крім того, слід зазначити тривожний факт, що у 2015 р. (порівняно із 2010 р.) зменшилася кількість працюючих лікарів (фізичних осіб) абсолютно в усіх адміністративно-територіальних одиницях. У цілому по Україні кількість лікарів за звітний період зменшилася на 35444 особи, тобто на 18,0% (табл. 5.3.4).



**Рис. 5.3.1. Забезпеченість лікарями у світі (на 10 тис. нас.)**

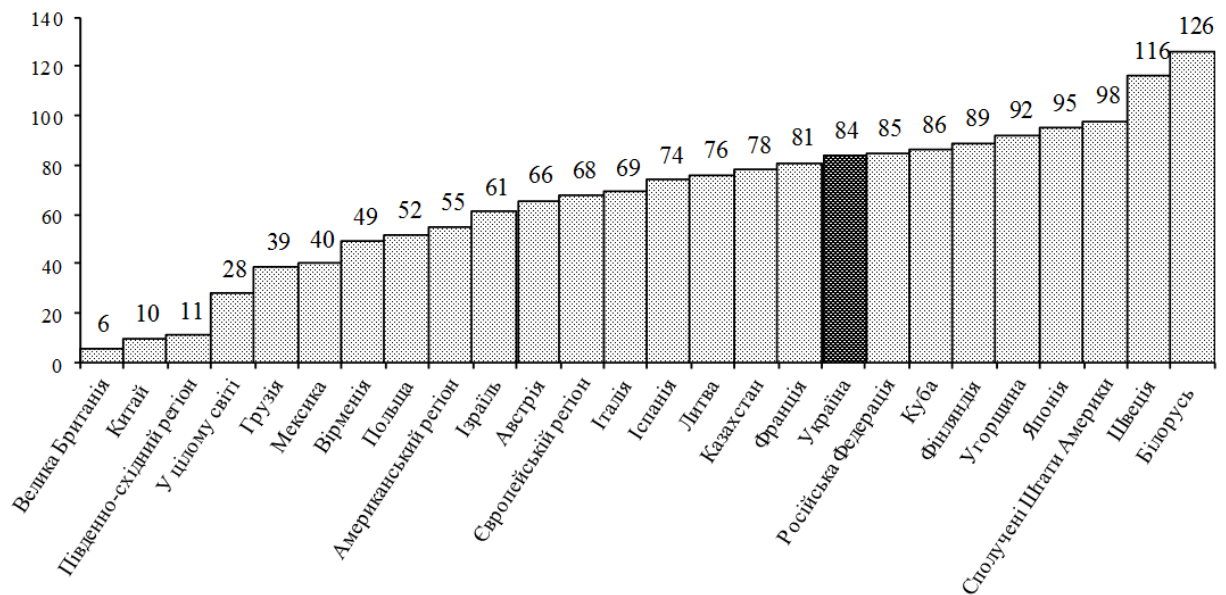


Рис. 5.3.2. Забезпеченість сестринським та акушерським персоналом у світі (на 10 тис. нас.)

Таблиця 5.3.4

Динаміка чисельності лікарів у регіонах України у 2010 та 2015 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість лікарів (без зубних), осіб		Зміни в чисельності 2015 до 2010 р.
	2010	2015	
<i>Область</i>			
Вінницька	7544	7276	-268
Волинська	3846	3771	-75
Дніпропетровська	13 996	12 880	-1116
Донецька	18 283	5344	-12939
Житомирська	4544	4402	-142
Закарпатська	4754	4713	-41
Запорізька	7712	7570	-142
Івано-Франківська	7693	7854	-161
Київська	6500	6380	-120
Кіровоградська	3336	3236	-100
Луганська	8923	1966	-7007
Львівська	13 185	12 758	-427
Миколаївська	3755	3460	-295
Одеська	10 250	9725	-525
Полтавська	6582	6421	-161
Рівненська	4378	4466	-88
Сумська	4090	4110	-20
Тернопільська	5295	5312	-17
Харківська	13 295	12 607	-688
Херсонська	3389	3253	-136
Хмельницька	5056	4951	-105
Черкаська	4540	4363	-177
Чернівецька	5265	5066	-199
Чернігівська	3897	3683	-214
<i>Місто</i>			
Київ	16 428	16 054	-374
Україна	197 065	161621	-35 444

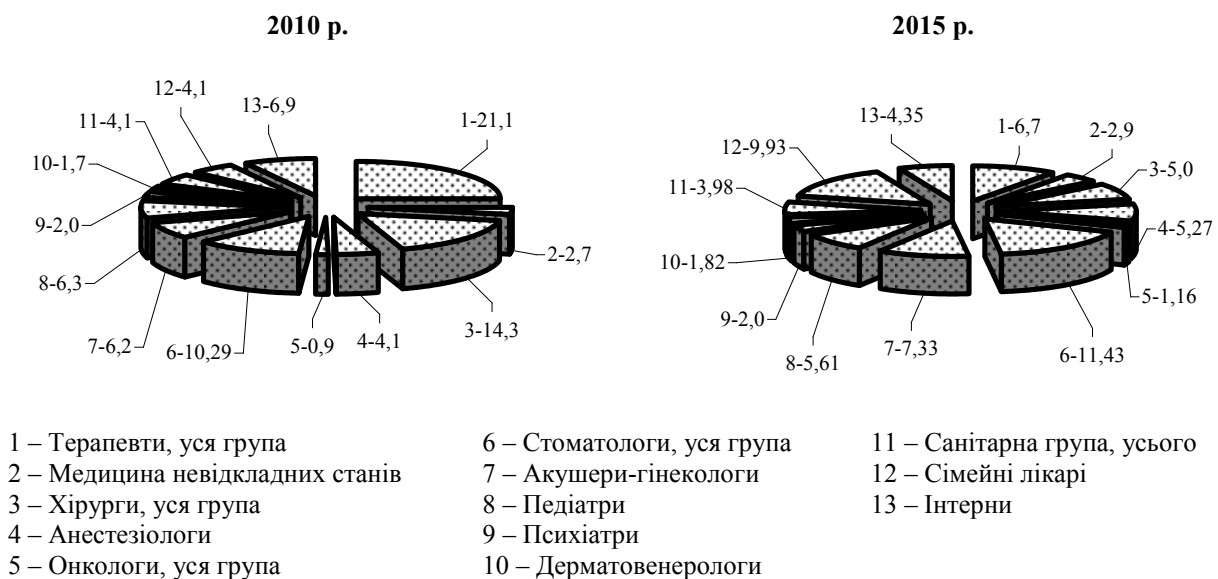
У галузі протягом 2015 р. спостерігалися проблеми щодо комплектації штатних посад медичними працівниками (табл. 5.3.5).

**Кількість штатних посад медичних працівників та укомплектованість ними закладів охорони здоров'я МОЗ України у 2010 та 2015 рр.**

Показник	Рік	
	2010	2015
<i>Лікарі (без зубних лікарів), тис.</i>		
Кількість штатних посад	244,00	196,78
з них зайнятих	223,70	175,06
Кількість фізичних осіб	197,10	161,62
<i>СМП, тис.</i>		
Кількість штатних посад	450,20	360,49
з них зайнятих	431,60	338,39
Кількість фізичних осіб	428,70	344,03
<i>Рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами, %</i>		
Лікарі	80,80	82,14
СМП	95,20	95,43
<i>Розрив між штатними посадами і кількістю фізичних осіб, тис.</i>		
Лікарі	46,90	35,16
СМП	21,50	16,46

Коливання показників структур лікарів за окремими, найбільш суттєвими, групами спеціалістів за 2010–2015 рр. у загальній чисельності лікарів було незначним. Позитивною тенденцією характеризувалися зміни у чисельності лікарів загальної практики – сімейних лікарів: їх частка за вказаний період зросла на 5,8% (в абсолютних числах – на 4595 осіб). Загальна характеристика структури лікарів за групами спеціалістів наведена на рис. 5.3.3.

Серед проблем, які слід вирішити, є зростання питомої ваги працівників пенсійного віку. У 2015 р. питома вага пенсіонерів-лікарів становила близько 25,7%. Серед зайнятих на посадах СМП чисельність пенсіонерів склала 16,4%. Питома вага працюючих пенсіонерів серед головних медичних сестер становила 25,9% (табл. 5.3.6). Це потребує в майбутньому пошуку резервів з підготовки медичних кадрів з урахуванням компенсації втрат за цей чинник.



**Рис. 5.3.3. Питома вага лікарів окремих спеціальностей у загальній чисельності лікарів закладів охорони здоров'я системи МОЗ України у 2010 та 2015 рр. (%)**

**Кількість та питома вага працюючих пенсіонерів – лікарів і середнього медичного персоналу у загальній чисельності лікарів і середнього медичного персоналу закладів охорони здоров'я системи МОЗ України у 2015 р.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Пенсіонери			
	лікарі		середній медичний персонал	
	кількість осіб	% до лікарів – фізичних осіб	кількість осіб	% до СМП – фізичних осіб
<i>Область</i>				
Вінницька	1357	23,3	1886	12,3
Волинська	867	25,0	1742	16,9
Дніпропетровська	2971	26,9	4504	19,0
Донецька	1736	34,8	3205	23,4
Житомирська	1067	25,1	1820	14,2
Закарпатська	1092	25,5	1034	10,1
Запорізька	1694	26,2	2718	18,3
Івано-Франківська	1367	21,6	2176	15,4
Київська	1624	27,7	2926	21,7
Кіровоградська	972	31,8	1373	15,2
Луганська	555	31,7	540	11,4
Львівська	2763	24,6	4164	17,4
Миколаївська	1019	30,9	1482	17,9
Одеська	2239	28,3	3140	19,2
Полтавська	1327	24,5	2125	16,4
Рівненська	918	22,0	1290	11,0
Сумська	882	23,0	966	8,8
Тернопільська	1120	25,3	1493	13,4
Харківська	2341	22,7	3900	19,0
Херсонська	978	30,1	1188	13,5
Хмельницька	1272	26,9	1869	15,0
Черкаська	1336	32,2	2172	18,9
Чернівецька	786	19,6	805	9,2
Чернігівська	975	27,3	1601	15,1
<i>Місто</i>				
Київ	2563	22,2	3749	20,0
Україна	35821	25,7	53868	16,4

Окремою проблемою була міграція медичних кадрів, особливо високої кваліфікації. Західноєвропейські країни активно залучали на роботу медиків з інших країн. За останні 30 років у країнах Західної Європи значно зросла чисельність медичних працівників, які отримали освіту за кордоном. Такі проблеми характерні і для України, особливо щодо зовнішньої міграції кваліфікованих медичних кадрів до країн ЄС, США, РФ, Білорусі. Це потребує додаткових витрат держави на підготовку відповідних медичних кадрів для компенсації втрат за таке використання кадрового потенціалу.

Така ситуація зумовлена низьким рівнем заробітної плати, відсутністю належних соціально-побутових умов, недосконалою інфраструктурою населених пунктів. Щорічно вибуває понад 6 тис. лікарів за рахунок природної плінності. Тому пріоритетним напрямом розвитку кадрового потенціалу галузі має стати збереження стабільної кадрової ситуації у первинній ланці, особливо в сільській місцевості, з використанням важелів у підготовці лікарських кадрів за цільовим направленням; винайдення ресурсів із залученням приватних інвесторів для забезпечення житлом молодих спеціалістів. Окремо слід подбати про підвищення престижу професії медичного працівника шляхом зростання його матеріального забезпечення.

Водночас за 2010–2015 рр. намітилася позитивна динаміка укомплектованості медичним персоналом: укомплектованість лікарями у 2015 р. становила 82,14% (у 2010 р. – 80,80%), а дефіцит лікарських кадрів – майже 35,16 тис. осіб (46,90 тис.); укомплектованість СМП – 95,43% (95,20%), дефіцит кадрів – 16,46 тис. осіб (21,50 тис.).

Міністерство охорони здоров'я України останніми роками приділяє значну увагу пріоритетному укомплектуванню посад лікарів первинної ланки, зокрема ЛЗПСЛ. Однак протягом 2010–2015 рр., у зв'язку з негативними тенденціями в АР Крим, Донецькій, Луганській областях, укомплектованість ЛЗПСЛ (за даними статистичних звітів) зменшилась на 7,2 процентного пункту (табл. 5.3.7). Укомплектованість лікарями ЗОЗ різних рівнів у 2010 та 2015 рр. наведено у таблиці 5.3.8.

Таблиця 5.3.7

Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів фізичними особами у 2011–2015 рр. (%)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Область</i>						
Вінницька	72,32	77,04	75,18	78,02	79,43	77,64
Волинська	65,89	71,68	73,94	64,70	74,0	76,55
Дніпропетровська	68,16	72,0	65,05	65,71	72,74	75,31
Донецька	66,36	70,21	65,70	68,05	–	–
Житомирська	71,32	76,64	72,53	70,55	72,08	73,1
Закарпатська	85,14	87,97	93,56	89,40	88,22	91,3
Запорізька	71,08	77,32	76,21	71,02	75,49	74,8
Івано-Франківська	69,67	77,21	81,90	95,45	88,82	82,23
Київська	58,18	70,11	54,10	63,84	62,42	69,35
Кіровоградська	66,26	70,22	54,81	57,54	46,63	53,33
Луганська	69,55	70,94	75,64	58,40	–	62,81
Львівська	92,09	93,55	89,25	89,25	27,50	28,97
Миколаївська	60,00	65,41	48,97	59,21	66,16	65,74
Одеська	66,01	72,47	65,26	68,58	66,68	67,49
Полтавська	73,03	75,76	65,19	77,22	71,95	72,73
Рівненська	64,94	78,90	78,74	67,90	75,26	80,37
Сумська	70,07	72,93	66,78	69,38	71,70	72,30
Тернопільська	83,64	86,52	89,20	87,53	82,06	81,15
Харківська	70,74	71,90	68,77	69,74	70,16	71,73
Херсонська	58,81	67,68	63,62	53,27	54,69	57,14
Хмельницька	79,63	86,88	85,90	82,76	79,32	81,37
Черкаська	74,83	71,27	–	66,20	66,99	68,47
Чернівецька	79,25	76,23	94,05	86,08	85,50	82,1
Чернігівська	79,20	80,32	78,44	66,44	62,44	62,45
<i>Місто</i>						
Київ	76,06	59,87	–	68,50	76,09	76,94
Україна	73,47	76,46	71,66	71,44	64,84	66,27

Таблиця 5.3.8

Укомплектованість лікарями закладів охорони здоров'я у 2010 та 2015 рр. (%)

Адміністративно-територіальна одиниця	Заклад охорони здоров'я				
	ОЛ		ОДЛ		ЦПМСД
	2010	2015	2010	2015	2015
<i>Область</i>					
Вінницька	98,7	99,0	97,7	80,0	78,00
Волинська	99,5	94,0	97,4	85,0	78,00
Дніпропетровська	94,4	94,0	93,4	87,0	78,00
Донецька	97,8	–	93,4	–	65,00



**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Житомирська	97,1	86,0	95,3	72,0	73,00
Закарпатська	100,0	108,0	100,0	85,0	95,00
Запорізька	89,5	79,0	91,8	73,0	76,00
Івано-Франківська	93,8	102,0	96,8	101,0	81,00
Київська	95,0	85,0	77,6	69,0	74,00
Кіровоградська	96,6	73,0	93,3	84,0	68,00
Луганська	94,2	6,0	99,2	22,0	65,00
Львівська	99,0	108,0	98,7	99,0	0,00
Миколаївська	100,0	60,0	96,7	62,0	67,00
Одеська	99,7	83,0	98,3	81,0	71,00
Полтавська	94,5	80,0	92,9	78,0	74,00
Рівненська	92,8	91,0	96,4	85,0	84,00
Сумська	97,5	89,0	94,8	78,0	58,00
Тернопільська	97,4	99,0	99,4	98,0	89,00
Харківська	92,3	77,0	92,3	78,0	75,00
Херсонська	96,3	81,0	96,3	70,0	63,00
Хмельницька	95,1	93,0	94,6	81,0	82,00
Черкаська	98,1	83,0	–	74,0	70,00
Чернівецька	99,2	105,0	98,2	98,0	91,00
Чернігівська	94,3	87,0	93,9	69,0	64,00
<i>Місто</i>					
Київ	0,00	0,00	99,5	0,00	77,00
Україна	96,1	84,0	85,00	79,0	75,00

Для характеристики кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я надзвичайно важливими є кваліфікаційні характеристики лікарів системи МОЗ України. На рівні кваліфікації за атестаційними категоріями в галузі значно вплинули такі групи лікарів: лікарі загальної практики – сімейні лікарі, терапевти, хірурги, анестезіологи, стоматологи, акушери-гінекологи, педіатри і лікарі медицини невідкладних станів, про що свідчать такі порівняльні характеристики (табл. 5.3.9).

Кадрова політика покликана забезпечити ефективну діяльність медичної галузі. Це підтверджують і міжнародні експерти, які зазначають, що для усунення ризиків на шляху досягнення національних і глобальних цілей у сфері охорони здоров'я необхідно створити контингент кваліфікованих та авторитетних працівників охорони здоров'я. Ефективна кадрова політика має бути спрямована на покращення результативності.

Таблиця 5.3.9

**Загальні характеристики рівнів кваліфікації у медичній галузі в цілому порівняно з указаною групою у 2010 та 2015 рр.**

Фахівці	Чисельність лікарів у групі (осіб)		Атестовані на кваліфікаційні категорії у групі (% до загального числа лікарів)	
	2010	2015	2010	2015
Лікарі з організації та управління охороною здоров'я	12 532	8443	71,00	85,0
Терапевти	18 883	14824	75,40	91,00
Медицина невідкладних станів	5290	4037	79,90	95,00
Хірурги	9127	7198	78,90	94,00
Анестезіологи	8106	5562	76,90	97,00
Стоматологи	15 729	5782	71,10	93,00
Акушери-гінекологи	12 263	9303	82,80	95,00
Педіатри	12 453	8148	74,60	93,00
ЛЗПСЛ	8140	12 972	60,00	95,00
Усього по галузі	197 065	161621	68,30	67,50

Найпоширенішими проблемами для кадрових ресурсів охорони здоров'я, як в Україні, так і у світі, залишаються:

- дефіцит, дисбаланс і неоптимальна комбінація професійних навичок;
- підвищена мобільність і міграція працівників охорони здоров'я;
- невідповідність цілей стратегій підготовки кадрів і формування політики охорони здоров'я;
- незадовільне робоче середовище;
- недостатня база знань із питань кадрових ресурсів охорони здоров'я і дефіцит фактичних даних для формування політики і прийняття рішень.

Для України основні завдання щодо ефективного використання кадрових ресурсів лежать у площині комплексного підходу до удосконалення та управління галуззю, підготовки і збереження медичних кадрів, оптимізації інфраструктури і ресурсного забезпечення.

Проведений аналіз кадрового забезпечення медичної галузі дає змогу визначити цілі та пріоритети на майбутнє. Необхідно досягти належної ефективності використання наявних ресурсів, їх концентрації на перспективних напрямках, передусім подальшого впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики - сімейної медицини і подальшого удосконалення сільської медицини. Слід підвищити професійний рівень медичних працівників шляхом удосконалення післядипломної освіти. Потрібно активізувати профорієнтаційну роботу, на всіх рівнях сприяти відновленню престижу професії медичного працівника та його соціальної захищеності.

#### **5.4. Аналіз розвитку нормативно-правової бази охорони здоров'я**

Правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я з урахуванням сучасних тенденцій розвитку суспільно-політичного життя та міжнародних зобов'язань України, створення відповідної нормативно-правової бази, запровадження дієвих організаційно-правових механізмів, що стимулюють підвищення якості, своєчасності, доступності та економічної ефективності медичного обслуговування, є основними інструментами формування державної політики у сфері охорони здоров'я, визначення та реалізації пріоритетних напрямів реформування галузі.

Стратегічні напрями розбудови національної системи охорони здоров'я у 2015 р. формувалися відповідно до завдань і заходів, визначених постановою КМУ від 09.12.2014 №695 «Про затвердження Програми діяльності Кабінету Міністрів України» та Планом заходів з виконання у 2015 році Програми діяльності Кабінету Міністрів України та Стратегії сталого розвитку «Україна-2020», затвердженим постановою КМУ від 04.03.2015 №213-р.

Програма діяльності Уряду підготовлена відповідно до Конституції України, Закону України «Про Кабінет Міністрів України» і спрямована на виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії та їх державами-членами – з іншої сторони (далі – Угода про асоціацію), з урахуванням положень Коаліційної угоди, яка є невід'ємною частиною цієї Програми.

Відповідно до положень розділу XVI Угоди про Коаліцію депутатських фракцій «Європейська Україна» у Верховній Раді України восьмого скликання (далі – Коаліційна угода), основними напрямами реформування системи охорони здоров'я в Україні є:

- забезпечення якості та доступності медичних послуг;
- структурна реорганізація системи медичного обслуговування;
- формування системи забезпечення і підтримки якості медичної допомоги;
- популяризація здорового способу життя та розроблення та впровадження системи громадського здоров'я «Україна 80+» з метою збільшення тривалості життя громадян України;
- здійснення раціональної фармацевтичної політики на макро- та мікрорівні;
- створення сприятливого для інвестицій середовища, перехід від адміністративного контролю до підтримки бізнесу.

За напрямком «Якісні та доступні медичні послуги» відповідно до програмних документів Уряду у 2015 р. МОЗ України проведено роботу із забезпечення удосконалення порядку ліцензування медичної діяльності, погодження обсягів заходів із розробки та затвердження методики складення паспортів ЗОЗ, забезпечується функціонування Єдиного державного реєстру ЗОЗ та автоматизованої бази даних медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників сфери управління МОЗ України.

Реєстр створено на виконання постанови КМУ від 13.06.2007 №815 «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року» та наказів МОЗ України «Про затвердження заходів Міністерства охорони здоров'я України з реалізації Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року» від 13.08.2007 №475 та «Про заходи щодо формування Єдиного державного реєстру закладів охорони здоров'я» від 02.08.2007 №449. База даних функціонує на виконання наказу МОЗ України від 19.12.2006 №842 «Про формування автоматизованої бази даних медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників сфери управління МОЗ України».

Відповідно до положень Переліку обов'язкових етапів робіт під час проектування, впровадження та експлуатації засобів інформатизації, затвердженого постановою КМУ від 04.02.1998 №1213, з метою створення та запровадження реєстру пацієнтів триває здійснення системних заходів щодо виконання завдань визначених наказом МОЗ України «Про затвердження технічного завдання на створення комплексної інформаційної системи «Електронний реєстр пацієнтів» від 05.09.2014 №632.

Підвищенню доступності медичних послуг, забезпеченню належної їх якості сприятиме включення до Переліку інвестиційних програм і проектів регіонального розвитку, що можуть реалізовуватися у 2015 році за рахунок коштів державного фонду регіонального розвитку, затвердженого розпорядженням КМУ від 17.07.2015 №766-р, дванадцяти інвестиційних програм у сфері охорони здоров'я та реалізація постанови КМУ від 27.05.2015 №350 «Про затвердження Порядку та умов надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей».

Законом України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформ міжбюджетних відносин» від 28.12.14 №79-VIII, Бюджетний кодекс України доповнено статтею 1034 «Медична субвенція», згідно якої за рахунок медичної субвенції з місцевих бюджетів здійснюються видатки на:

- первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу; консультативну амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні республіканського та обласного значення), центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги;
- програми медико-санітарної освіти;
- інші державні програми медичної та санітарної допомоги;
- санаторно-курортну допомогу (санаторії для хворих на туберкульоз, санаторії для дітей та підлітків, санаторії медичної реабілітації) тощо.

В умовах обмеження видатків з державного бюджету, для забезпечення належного фінансування зазначених напрямків діяльності у сфері охорони здоров'я, постановою КМУ від 23.01.2015 №11 «Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам», встановлено, що протягом бюджетного періоду видатки на фінансування закладів охорони здоров'я дозволяється здійснювати одночасно з державного та місцевого бюджету. Проте обсяги медичної субвенції обмежуються обсягом, затвердженим у Законі України «Про Державний бюджет України». Таким чином, місцеві ради не мали можливості додатково, понад обсяги субвенції, планувати та здійснювати видатки з місцевих бюджетів, оскільки виконання приписів постанови КМУ від 23.01.2015 №11 фактично є порушенням бюджетного законодавства, а саме п. 28 ч. 1 ст. 116 Бюджетного кодексу України.

З метою усунення зазначеної колізії Законом України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо видатків на охорону здоров'я» від 12.11.2015 №791-VIII внесено зміни до ст. 1034 Бюджетного кодексу України шляхом викладення частини першої статті у новій редакції. Запропоновані зміни дають можливість забезпечити реалізацію зазначеної постанови КМУ та здійснювати додаткові видатки з місцевих бюджетів на галузь охорони здоров'я понад обсяги медичної субвенції.

Для забезпечення модернізації мережі лікарень та створення умов для впровадження єдиної трирівневої системи (місцеві лікарні — регіональні лікарні — національні референтні центри) протягом року розроблено та подано на розгляд Уряду проект постанови КМУ щодо внесення змін до нормативно-правових актів, які визначають нормативи забезпеченості ЗОЗ лікарняними ліжками (зокрема до постанови КМУ від 28.06.1997 №640 «Про затвердження нормативів потреб у стаціонарній медичній допомозі в розрахунку на 10 тисяч населення»). Постановою КМУ від 25.11.2015 №1024 затверджено граничний норматив забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. нас. та доручено обласним, Київській міській державним адміністраціям вжити заходів до приведення ліжкового фонду стаціонарів підпорядкованих комунальних ЗОЗ у відповідність із затвердженим цією постановою нормативом, коригувати кількість ліжкового фонду, зменшуючи його з урахуванням рівня захворюваності населення та регіональних особливостей. Відповідно до п. 2 цієї постанови МОЗ України підготовлено наказ «Про затвердження Методики щодо забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення» від 01.02.2016 №51. Зазначеним наказом керівникам структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій доручено забезпечити виконання Методики, затвердити та подати до МОЗ України детальний покроковий план

оптимізації ліжкового фонду ЗОЗ регіону у 2016 р. з відповідними фінансовими розрахунками.

З метою запровадження надання інтегрованої медичної допомоги, сприяння добровільній інтеграції закладів у лікарсько-госпітальні об'єднання з можливістю подальшої спеціалізації лікарень – учасниць корпорації (медико-соціальні заклади, хоспіси тощо) МОЗ України забезпечується надання методичної допомоги структурним підрозділам з питань охорони здоров'я обласних, Київської міської держадміністрацій у розробленні генеральних планів мережі лікарень та оптимізації мережі ЗОЗ у регіонах.

Відповідно до Основних засад розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007–2015 роки, затверджених Законом України від 09.01.2007 №537-V, Основ законодавства України про охорону здоров'я, з метою організації надання медичної допомоги за спеціальностями з використанням телемедицини наказом МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» від 19.10.2015 №681 затверджено:

- Порядок організації медичної допомоги на первинному, вторинному (спеціалізованому), третинному (високоспеціалізованому) рівнях із застосуванням телемедицини;
- Положення про кабінет телемедицини закладу охорони здоров'я;
- таблиць оснащення кабінету телемедицини;
- форму первинної облікової документації № 001/тм «Запит на телемедичне консультування» та інструкцію щодо її заповнення;
- форму первинної облікової документації № 002/тм «Висновок консультанта» та інструкцію щодо її заповнення;
- форму первинної облікової документації № 003/тм «Журнал обліку телемедичних консультацій» та інструкцію щодо її заповнення.

У рамках виконання завдань Програми діяльності Уряду щодо прийняття відповідно до міжнародних вимог та запровадження стандартів медичної допомоги (клінічних протоколів) на основі науково обґрунтованої медичної практики (доказової медицини), забезпечення їх систематичного перегляду, протягом року наказами МОЗ України від 20.01.2015 №22; від 23.02.2015 №90; від 24.02.2015 №92; від 08.06.2015 №327; від 15.06.2015 №341 затверджено дев'ять уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги.

З метою здійснення переходу на фінансування ЗОЗ на основі подушного нормативу виконання послуг та пролікованого випадку на засадах DRG (diagnosis-related group, клініко-споріднені групи) та заздалегідь встановлених тарифів у межах запланованих обсягів, проводиться розроблення національного класифікатора DRG.

Враховуючи рекомендації експертів Світового банку щодо переваг запровадження системи фінансування на основі діагностично-споріднених груп (далі – ДСГ) для України (лист від 14.01.2014 №2014/1/14-21) керівництвом МОЗ України у 2014 р. прийнято рішення визначити австралійську систему ДСГ (AR-DRG) як базову для створення української системи ДСГ та наказом МОЗ України від 29.08.2014 №605 затверджено План заходів з впровадження системи ДСГ в Україні.

На початку 2015 р. Незалежне бюро з ціноутворення на послуги лікарень (ІНРА) Австралійського Союзу відповідно до запиту МОЗ України надало дозвіл на використання в

Україні Австралійської системи класифікації ДСГ AR-DRG у тестовому режимі з подальшим підписанням ліцензійної угоди. МОЗ України укладено контракт з хорватською компанією Freyr ltd на підготовку детального плану дій та технічної специфікації на впровадження механізму фінансування ЗОЗ на основі ДСГ, здійснення перекладу та адаптування до норм законодавства України австралійських класифікаторів і стандартів кодування з метою підготовки:

- галузевого статистичного класифікатора хвороб;
- галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій;
- галузевих стандартів кодування хвороб, медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій.

Протягом року МОЗ України затверджено Перелік пілотних ЗОЗ для впровадження системи ДСГ (наказ МОЗ України від 17.03.2015 №150) та створено робочу групу з розробки первинної облікової документації для запровадження ДСГ у рамках проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» (наказ МОЗ України від 14.07.2015 №427). Крім того, відповідно до статті II Угоди про позику від 19.03.2015 №8475-UA, укладеної між Україною та Міжнародним банком реконструкції та розвитку на реалізацію проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей», в рамках реалізації субкомпоненту «Реформа системи фінансування» наказом МОЗ України «Про впровадження системи діагностично-споріднених груп» від 17.12.2015 №865 державний заклад «Центр медичної статистики МОЗ України» визначено уповноваженою установою МОЗ України щодо впровадження системи ДСГ у галузі охорони здоров'я.

Вирішенню проблеми трансформації мережі ЗОЗ, створенню законодавчого підґрунтя для автономізації медичних закладів шляхом надання ЗОЗ статусу неприбуткових підприємств, затвердження нових статутів ЗОЗ, впровадження процедур укладення договорів на медичне обслуговування сприятиме розгляд та прийняття ВР України проекту закону «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування», розробленого МОЗ України. Також одним із напрямів, визначених Урядом для забезпечення якості та доступності медичних послуг, є створення умов для вільного доступу постачальників усіх форм власності на ринок гарантованих державою медичних послуг, запровадження спільних рамкових вимог та умов до постачальників медичних послуг усіх форм власності шляхом поетапного запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Законопроекти «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування», «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» пройшли громадське обговорення на офіційному веб-сайті МОЗ України та процедуру погодження у заінтересованих органах виконавчої влади. МОЗ України, враховуючи отримані зауваження та пропозиції, рекомендації Світового банку та експертів щодо необхідності забезпечення перехідного етапу до запровадження законодавчих змін, передбачених зазначеними проектами, підготовлено та подано до Верховної Ради України законопроекти «Про внесення змін до основ законодавства з охорони здоров'я», «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я», «Про внесення змін до Податкового кодексу України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я» (зареєстровані у ВРУ 07.07.2015 №2309а, № 2310а та № 2311а).

Структурна реорганізація системи медичного обслуговування передбачає реорганізацію структури МОЗ України відповідно до європейських норм та принципів із

метою позбавлення його невластивих функцій (закупівель, утримання медичних та освітніх закладів тощо), зміцнення функцій щодо формування політики громадського здоров'я та міжсекторальної взаємодії з іншими секторами економіки, що впливають на стан та охорону здоров'я (освіта, соціальний захист, ветеринарна служба, екологічна безпека тощо), створення Центру реформ в системі охорони здоров'я, з максимальним залученням до його функціонування представників громадянського суспільства.

Для забезпечення реалізації зазначеного напрямку постановою КМУ від 25.03.2015 №267 затверджено Положення про Міністерство охорони здоров'я України, відповідно до наказів МОЗ України від 15.01.2015 №12 та від 04.03.2015 №110 проведено громадську експертизу діяльності МОЗ України. Крім того, відповідно до п. 324 «Плану заходів МОЗ України з виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України та Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020» у 2015 році», наказом МОЗ України від 20.10.2015 №684 створено Робочу групу з питань реформування системи державних закупівель у сфері охорони здоров'я та затверджено її персональний склад.

З метою підвищення ефективності процесу реформування у сфері охорони здоров'я, відповідно до Протоколу засідання Національної ради реформ під головуванням Президента України Петра Порошенка від 17.02.2015 р., наказом МОЗ України від 05.03.2015 №116 створено робочу групу «Цільова команда реформ при Міністерстві охорони здоров'я України», затверджено її склад та Положення про неї.

Іншим напрямком здійснення перетворень у системі медичного обслуговування є стимулювання розвитку первинної медико-санітарної допомоги шляхом підвищення рівня професійних знань медичних працівників, формування прозорих механізмів їх фінансової мотивації, формування обсягів державного замовлення на підготовку та підвищення кваліфікації спеціалістів, наукових та науково-педагогічних кадрів відповідно до потреб галузі охорони здоров'я.

Для забезпечення реалізації програмних завдань за цим напрямком МОЗ України затверджено наказ від 01.09.2015 №558 «Про утворення робочої групи з питань удосконалення системи надання первинної медичної допомоги в Україні» та наказом від 27.11.2015 №800 затверджено склад робочої групи з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України, якій на виконання п. 314 Програми діяльності КМУ доручено розробити проекти:

- концепції (стратегічного плану) реформи фінансування сфери охорони здоров'я на 2015–2020 роки;
- плану дій з реформи фінансування сфери охорони здоров'я на 2016 рік.

Відповідно до постанови КМУ від 05.08.2015 №566 «Про внесення зміни до пункту 4 постанови Кабінету Міністрів України від 30 серпня 2002 №1298», постанови КМУ від 16.09.2015 №731 «Про підвищення оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери», до Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення, затверджених спільним наказом Мінпраці та соцполітики України і МОЗ України від 05.10.2005 №308/519, внесено відповідні зміни.

На виконання доручення Прем'єр-міністра України Арсенія Яценюка від 31.03.2015 №7773/1/1-15 до постанови Верховної Ради України від 11.02.2015 №182-VIII «Про рекомендації парламентських слухань на тему: «Про стан та законодавче забезпечення

розвитку науки та науково-технічної сфери держави» спільним наказом МОЗ та НАМН України від 12.05.2015 №270/32 затверджено робочу групу з розробки Доктрини (концепції) розвитку медичної науки в Україні.

Для забезпечення приведення програм підготовки лікарів та медичних сестер первинної ланки надання медичної допомоги у відповідність до європейської практики, удосконалення системи їх безперервного професійного розвитку, оновлення програм підготовки менеджерів у системі охорони здоров'я МОЗ України проведено роботу щодо розроблення нового стандарту освіти на основі компетентнісного підходу та нової редакції Положення про інтернатуру та резидентуру, затверджено накази МОЗ України «Про затвердження Типового положення про університетську клініку вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти)» від 06.07.2015 №408, «Про проведення навчальних семінарів для лікарів з питань надання допомоги дорослому, жіночому та дитячому населенню у 2016 році» від 15.12.2015 №855. У 2015 р. кафедрою управління охороною здоров'я НМАПО імені П.Л. Шупика відповідно до навчального календарного плану забезпечено проведення 3-х 18-місячних циклів спеціалізації, 2-х циклів первинної спеціалізації, 6-х циклів ПАЦ, 3-х циклів тематичного удосконалення за темою «Менеджмент в охороні здоров'я» та «Теорія і практика управління системою охорони здоров'я».

З метою виконання завдань Уряду щодо удосконалення організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають ВМД та ТМД, упорядкування системи маршрутизації пацієнтів між первинною та вторинною ланкою, врегулювання порядку обрання/зміни лікаря, що надає ПМД, МОЗ України підготовлено проекти наказів «Про затвердження порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу», «Про затвердження Порядку обрання/зміни лікаря первинної медичної допомоги та форм первинної облікової документації» та проведено процедуру їх громадського обговорення.

Забезпеченню реалізації принципу вільного вибору пацієнтами лікаря, розвитку лікарського самоврядування та створенню рівних прав для медичних закладів усіх форм власності, удосконаленню механізму реалізації права на здійснення приватної медичної практики у сімейній медицині та принципів функціонування ринку гарантованих державою медичних послуг сприятиме затвердження Верховною Радою України розроблених МОЗ України законопроектів щодо внесення змін до Основ законодавства з охорони здоров'я, Бюджетного кодексу України та Податкового кодексу України (реєстр. №2309а, №2310а та №2311а від 07.07.2015). Також потребує реалізації завдання Програми діяльності КМУ стосовно розроблення та подання на розгляд Уряду проекту розпорядження КМУ щодо віднесення розвитку мережі ПМД та її матеріально-технічного забезпечення (оснащення) до категорії пріоритетів інвестування.

Відповідно до положень Коаліційної угоди формування системи забезпечення і підтримки якості медичної допомоги має здійснюватись шляхом:

- удосконалення діяльності з розроблення та запровадження стандартів медичної допомоги (клінічних протоколів);
- запровадження системи контролю якості надання медичної допомоги для ЗОЗ;



– залучення громадських організацій (об'єднань споживачів, пацієнтів, професійних (фахових) медичних організацій, медичних працівників) до оцінки якості надання медичної допомоги;

– утворення Асоціації для контролю за впровадженням та дотриманням клінічних протоколів та захисту прав пацієнтів.

На виконання п. 312 «Плану заходів МОЗ України з виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України та Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020» у 2015 році», затвердженого наказом МОЗ України від 19.05.2015 №290, з метою удосконалення медичної допомоги на засадах доказової медицини, забезпечення розроблення медико-технологічних документів із надання медичної допомоги з урахуванням європейської практики МОЗ України затверджено наказ від 25.12.2015 №899 «Про затвердження персонального складу мультидисциплінарних робочих груп з розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини у 2015–2016 роках».

До основних завдань, спрямованих на реалізацію державної політики в охороні здоров'я за напрямом «Здоровий спосіб життя та громадське здоров'я», належать:

– забезпечення пріоритетності оздоровлення, фізичної культури;

– популяризація ЗСЖ, культури здоров'я, ранньої діагностики хвороб;

– використання інструменту соціальної реклами в ЗМІ для популяризації ЗСЖ;

– створення належної інфраструктури для занять фізкультурою і спортом шляхом податкового стимулювання бізнесу та розвитку механізмів державно-приватного партнерства;

– заборона реклами тютюнових виробів та алкогольних напоїв;

– стимулювання розвитку екобезпечних технологій та посилення просвітницької діяльності серед населення щодо вимог екологічних норм і стандартів;

– розроблення та впровадження системи громадського здоров'я «Україна 80+».

У рамках реалізації зазначеного напрямку протягом року здійснювалась робота щодо оптимізації мережі дитячо-юнацьких спортивних шкіл, проведення Всеукраїнської інформаційно-профілактичної акції «Відповідальність починається з мене», затверджено розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції Державної цільової соціальної програми розвитку фізичної культури і спорту на період до 2020 року» від 09.12.2015 №1320-р, постанову КМУ «Про затвердження Порядку проведення щорічного оцінювання фізичної підготовленості населення України» від 09.12.2015 №1045.

Відповідно до п. 7 Плану заходів МОЗ України з виконання Програми діяльності КМУ та Коаліційної угоди у 2015 році, наказом МОЗ України від 28.01.2015 №37 створено міжвідомчу експертну робочу групу щодо супроводу проекту Національного плану заходів з імплементації та реалізації засад європейської політики «Здоров'я-2020: основ Європейської політики в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» щодо неінфекційних захворювань на період до 2020 року» (далі – Національний План). Проект Національного Плану оприлюднено 11.03.2015 р. для громадського обговорення на офіційному веб-сайті МОЗ України.

З метою виконання завдання Програми діяльності КМУ щодо створення Національного (українського) центру громадського здоров'я МОЗ України наказом від

23.12.2015 №889 затверджено склад робочої групи з питань створення державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

За напрямом «Здійснення раціональної фармацевтичної політики на макро- та мікрорівні» для забезпечення фізичної та економічної доступності основних лікарських засобів, визнання реєстрації лікарських засобів та виробів медичного призначення, що виготовлені в ЄС, США, Канаді, Австралії, Японії, з подальшим застосуванням принципу взаємності, Урядом розпочато роботу з розроблення проекту закону про внесення змін до деяких законів України щодо дерегуляції фармацевтичного ринку та проекту закону про внесення змін до Закону України «Про лікарські засоби», зокрема до ст. 9, забезпечується розроблення проекту постанови КМУ щодо запровадження системи відшкодування витрат на амбулаторне споживання лікарських засобів (реімбурсації).

На виконання положень, закріплених у п. 4.5 Коаліційної угоди, а також положень абзацу 18 п. 8 Програми діяльності КМУ, які передбачають необхідність усунення корупційних схем під час проведення тендерних закупівель у системі охорони здоров'я, передачу функції державних закупівель від МОЗ України, зокрема до міжнародних закупівельних організацій, а також для зниження цін на лікарські засоби, що закуповуються за кошти державного бюджету, Законом України «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення своєчасного доступу пацієнтів до необхідних лікарських засобів та медичних виробів шляхом здійснення державних закупівель із залученням спеціалізованих організацій, які здійснюють закупівлі» від 19.03.2015 №269-VIII внесено зміни до Законів України «Про лікарські засоби», «Про засади державної мовної політики», «Про здійснення державних закупівель». Відповідно до положень цього закону закупівля лікарських засобів, медичних виробів та пов'язаних з цим послуг здійснюється на підставі відповідних угод про надання послуг з організації та проведення процедур закупівель, що укладаються МОЗ України із спеціалізованими організаціями, які здійснюють закупівлі. До таких спеціалізованих організацій належать спеціалізовані фонди, організації та механізми Організації Об'єднаних Націй (ВООЗ, ЮНІСЕФ), Міжнародна асоціація забезпечення медикаментами (International Dispensary Association), Королівська Агенція Великобританії (Crown Agents), Глобальний механізм із забезпечення лікарськими засобами (Global Drug Facility), Партнерство у сфері постачання та управління поставками (Partnership for Supply Chain Management). Закупівлі здійснюються відповідно до внутрішніх правил і процедур таких організацій, з урахуванням порядку, визначеного КМУ.

Також, відповідно до змін, внесених цим законом, вимоги стосовно порядку ввезення лікарських засобів на територію України та порядку здійснення державного контролю якості лікарських засобів, що ввозяться на митну територію України, встановлені частинами першою та другою ст. 17 Закону України «Про лікарські засоби», не поширюються на лікарські засоби, які підлягають закупівлі за результатами закупівельної процедури, проведеної спеціалізованою організацією.

Посилаючись на світовий досвід залучення до процесу закупівлі лікарських засобів за державні кошти міжнародних організацій країнами, які не мають ефективно функціонуючої системи здійснення державних закупівель, розробники проекту зазначеного закону визначають наступні переваги оновлення законодавчого регулювання у цій сфері:

- скорочення ланцюга поставки лікарських засобів (закупівля за прямими договорами із виробниками, що дає можливість отримати оптимальну ціну та гарантії якості);
- скорочення строків проведення процедури закупівель завдяки закупівлям від прекваліфікованих постачальників;
- усунення корупційних ризиків шляхом проведення закупівель відповідно до прозорих та відкритих правил та процедур міжнародних закупівельних організацій;
- значна економія бюджетних коштів, можливість закупівлі лікарських засобів за низькими цінами завдяки великим обсягам закупівель, а також укладенню міжнародними закупівельними організаціями довгострокових рамкових договорів із постачальниками.

Реалізація зазначеного закону спрямована на виконання положень Угоди про асоціацію в частині встановлення організаційної структури та механізмів, необхідних для належного функціонування системи державних закупівель та реалізації відповідних принципів, зокрема недискримінації, рівного ставлення, прозорості та пропорційності. Застосування ефективних та справедливих механізмів відбору постачальників лікарських засобів відповідними спеціалізованими організаціями має забезпечити реалізацію принципів і положень Угоди про заснування Світової організації торгівлі, зокрема в частині принципів недискримінації постачальників.

У розвиток положень вищезазначеного закону Парламентом прийнято Закон України «Про внесення зміни до Податкового кодексу України щодо звільнення від оподаткування деяких лікарських засобів та медичних виробів» від 09.04.2015 №332-VIII. Законом встановлено, що тимчасово, до 31.04.2019 р., звільняються від оподаткування податком на додану вартість лікарські засоби та медичні вироби, які закупаються на підставі договорів зі спеціалізованими організаціями, що здійснюють закупівлі, перелік яких визначений Законом України «Про здійснення державних закупівель», укладених на виконання угод між центральним органом виконавчої влади України, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, та відповідною спеціалізованою організацією. Перелік таких лікарських засобів та медичних виробів, порядок їх ввезення, постачання і цільового використання визначаються КМУ.

Для забезпечення спрощення процедури державної реєстрації лікарських засобів, що зареєстровані в державах, регуляторні органи яких застосовують високі стандарти якості, протягом року Урядом розроблено та затверджено постанови КМУ «Про внесення змін до Порядку державної реєстрації (перереєстрації) лікарських засобів» від 18.03.2015 №125, «Про внесення змін до Порядку здійснення державного контролю якості лікарських засобів, що ввозяться в Україну» від 07.10.2015 №804; МОЗ України затверджено наказ від 23.07.2015 №460 «Про внесення змін до Порядку проведення експертизи реєстраційних матеріалів на лікарські засоби, що подаються на державну реєстрацію (перереєстрацію), а також експертизи матеріалів про внесення змін до реєстраційних матеріалів протягом дії реєстраційного посвідчення та затвердження Порядку перевірки матеріалів, доданих до заяви про державну реєстрацію окремих лікарських засобів, щодо їх обсягу» та наказом від 22.07.2015 №452 внесено відповідні зміни до Порядку проведення підтвердження відповідності умов виробництва лікарських засобів вимогам належної виробничої практики, затвердженого наказом МОЗ України від 27.12.2012 №1130.

Відповідно до п. 6 Плану заходів МОЗ України з виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України та Коаліційної угоди у 2015 році, наказом МОЗ України від 24.07.2015 №467 створено робочу групу з питань удосконалення законодавства щодо рекламування лікарських засобів.

За напрямком «Створення сприятливого для інвестицій середовища, перехід від адміністративного контролю до підтримки бізнесу» у рамках виконання програмних завдань щодо дерегуляції і розвитку підприємництва, істотного скорочення кількості видів діяльності й робіт, що вимагають одержання дозволів, з метою скасування дублюючих контролюючих функцій, враховуючи, що, відповідно до Закону України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності», ліцензія є єдиним документом дозвільного характеру, який дає право на зайняття певним видом господарської діяльності, що відповідно до законодавства підлягає обмеженню, Законом України від 09.04.2015 №326-VIII до ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я внесено зміни, відповідно до яких акредитація аптечних закладів може здійснюватися виключно на добровільних засадах.

Для забезпечення адаптації національного законодавства про технічні регламенти до законодавства ЄС та приведення у відповідність до вимог Угоди про технічні бар'єри у торгівлі, яка є невід'ємною частиною Марракеської угоди про заснування Світової організації торгівлі, у частині визначення санітарних правил і норм, інших правил, норм, стандартів, застосування яких є обов'язковим технічними регламентами, нотифікації органів з оцінки відповідності, Верховною Радою України прийнято Закон України «Про технічні регламенти та оцінку відповідності» від 15.01.2015 №124-VIII. Шляхом консолідації положень Законів України «Про підтвердження відповідності», «Про стандарти, технічні регламенти та процедури оцінки відповідності», урахування вимог відповідних актів європейського законодавства, зокрема директив Нового та Глобального підходу, зазначений закон встановлює правові та організаційні засади розроблення, прийняття та застосування технічних регламентів і передбачених ними процедур оцінки відповідності, а також здійснення добровільної оцінки відповідності.

З метою вдосконалення державного регулювання у сфері ліцензування, спрощення започаткування та ведення бізнесу, Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 02.03.2015 №222-VIII суттєво оновлено нормативні положення щодо принципів державної політики у сфері ліцензування та порядку ліцензування, нагляду у цій сфері, застосування заходів впливу і санкцій. Так, зокрема, законом передбачено:

- узгодження термінологічної бази із законодавчими актами в суміжних сферах;
- встановлення критеріїв застосування ліцензування як спеціального і виключного засобу державного регулювання підприємництва, поглиблення уніфікації порядку видачі ліцензій, віднесення повноважень щодо затвердження ліцензійних умов на вищий рівень виконавчої влади – КМУ;
- раціоналізацію переліку видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, забезпечення ефективності та збалансованості ліцензування, зокрема за рахунок імплементації принципів, визначених Угодою про асоціацію;
- удосконалення механізму досудового врегулювання спорів шляхом розширення повноважень органу державно-приватного партнерства – Експертно-апеляційної ради з питань ліцензування;

– підвищення доступності інформації у сфері ліцензування шляхом забезпечення безоплатного доступу в мережі Інтернет до Єдиного державного реєстру юридичних осіб і фізичних осіб-підприємців.

Відповідно до зазначеного закону, спрощення адміністративних процедур забезпечується шляхом:

– заборони вимагання органами ліцензування надання документів із державних паперових або електронних інформаційних ресурсів;

– надання ліцензії в електронному вигляді (запис про наявність ліцензії у такого суб'єкта господарювання в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб та фізичних осіб – підприємців) і, як наслідок, скорочення процедур її оформлення, переоформлення, видачі дублікатів, копій;

– встановлення безстроковості дії ліцензії;

– чіткого визначення термінів виконання адміністративних процедур;

– надання можливості подання до органу ліцензування і отримання від нього документів в електронному вигляді.

Прийняття Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», на думку суб'єктів права законодавчої ініціативи, суттєво спростить порядок отримання ліцензій, зменшить кількість видів господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню, сприятиме запровадженню ідеології тісної взаємодії між державними органами та громадськими організаціями для забезпечення прозорості сфери ліцензування, дозволить підвищити рейтинг інвестиційної привабливості України за класифікацією Світового банку через створення більш сприятливих умов розвитку підприємництва та зростання інвестиційної привабливості.

Проте окремі положення зазначеного закону містять певні недоліки концептуального та нормопроектного характеру.

Так, ст. 7 визначено перелік видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню. Згідно ч. 1 цієї статті ліцензуванню підлягають:

– виробництво лікарських засобів, оптова та роздрібна торгівля лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) – з урахуванням особливостей, визначених Законом України «Про лікарські засоби» (п. 10);

– медична практика (п. 15);

– діяльність банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, згідно з переліком, затвердженим МОЗ України (п. 16);

– культивування рослин, включених до таблиці I Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого КМУ; розроблення, виробництво, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізація (відпуск), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до зазначеного Переліку, – з урахуванням особливостей, визначених Законом України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» (п. 22).

Зазначений перелік, на відміну від переліку, визначеного ст. 9 в редакції Закону України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» від 01.06.2000 №1775-III, не містить вимоги стосовно ліцензування діяльності з переробки донорської крові та її

компонентів, виготовлення з них препаратів. Проте, відповідно до п. 12 ч. 7 ст. 21 (Прикінцеві та перехідні положення) чинного закону ч. 3 ст. 15 Закону України «Про донорство крові та її компонентів» викладено у новій редакції, згідно з якою взяття, переробка, зберігання донорської крові та її компонентів, реалізація їх та виготовлених з них препаратів ЗОЗ та їх підрозділами, зазначеними у частині першій цієї статті, а також переробка і зберігання донорської крові та її компонентів, реалізація виготовлених з них препаратів суб'єктами, зазначеними у частині другій цієї статті, дозволяється лише за наявності відповідної ліцензії, виданої центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

Зазначені зміни суперечать вимогам п. 3 ст. 3 (Принципи державної політики у сфері ліцензування) Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», відповідно до якої види господарської діяльності, не зазначені у ст. 7 цього Закону, ліцензуванню не підлягають. Для врегулювання зазначеної колізії до ст. 7 доцільно внести зміни, спрямовані на включення діяльності з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів до видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню.

Крім того, враховуючи зміст пунктів 1–4 ч. 2 ст. 19 зазначеного Закону у п. 5 цієї частини доцільно конкретизувати причини, з яких КМУ може надати доручення про позапланову перевірку додержання органами ліцензування вимог законодавства про ліцензування.

Аналіз результатів нормотворчої діяльності у сфері охорони здоров'я дає підстави зробити висновок, що до перспективних напрямів діяльності МОЗ України в 2016 р., у контексті виконання Програми діяльності Уряду, належать:

- створення єдиного простору медичних закладів усіх форм власності;
- проведення інвентаризації ЗОЗ;
- затвердження методики визначення вартості медичних послуг;
- розроблення генеральних планів мережі лікарень;
- затвердження планів розвитку мережі закладів, що надають ВМД;
- затвердження переліку захворювань і станів, медична допомога за якими надається ЗОЗ третинного рівня;
- затвердження клінічних маршрутів пацієнтів за основними нозологічними формами захворювань щодо отримання ТМД;
- удосконалення порядку ліцензування у сфері охорони здоров'я шляхом виконання вимог законодавства стосовно віднесення повноважень щодо затвердження ліцензійних умов до компетенції КМУ;
- розроблення та подання на розгляд Уряду проекту акта КМУ щодо віднесення розвитку мережі ПМД та її матеріально-технічного забезпечення (оснащення) до категорії пріоритетів інвестування;
- розроблення та подання КМУ пропозицій щодо затвердження Національної стратегії з оздоровчої рухової активності на період до 2025 року.

## 6. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Із середини квітня 2014 р. Україна перебуває в стані збройного конфлікту на своїй території, здає кривавий іспит на можливість називатися Державою як інституцією, що гарантує та забезпечує існування української нації. Воєнний конфлікт на сході України наносить величезні матеріальні, фінансові, соціальні та психологічні збитки нашій державі та її громадянам і містить неприховану загрозу національній безпеці України.

З метою стабілізації ситуації в державі, відповідно до Указу Президента України від 14.04.2014 №405/2014, розпочато проведення АТО в Донецькій і Луганській областях.

У серпні 2014 р. вперше відбулося відкрите вторгнення регулярних підрозділів Збройних Сил Російської Федерації на територію України без оголошення війни. Унаслідок цієї агресії частина Донецької та Луганської областей опинилися під окупацією. Цей факт досі всіляко приховується Російською Федерацією, яка намагається замаскувати свою агресію під так звану «громадянську війну» в Україні.

Економічні й соціальні наслідки воєнної агресії тяжким тягарем лягають на плечі українського народу. Жертвами тероризму стали сотні тисяч українських громадян, які позбулися житла, втратили роботу і вимушено переїхали до інших регіонів України. Не підлягають жодній оцінці втрати життя і здоров'я наших співвітчизників. Тільки за період із середини квітня 2014 р. і по січень 2016 р. загинуло понад 9 тис. та поранено понад 20 тис. українських громадян (табл. 6.1).

Таблиця 6.1

### Кількість загиблих та поранених громадян України у збройному конфлікті на сході України за період квітень 2014 р. – січень 2016 р.

Категорія громадян	Загинуло	Поранено
Військовослужбовці ЗСУ	2673	8519
Прикордонники	67	406
Військовослужбовці НГУ	178	735
Військовослужбовці СБУ	11	100
Цивільне населення (усього), у т.ч.	6169	10972
діти	49	138
Разом	9098	20732

Агресивні дії бандитських угруповань і російських агресорів зумовили появу складних економічних і соціальних проблем в Україні, у т.ч. у сфері охорони здоров'я.

Водночас, ряд проблем державного рівня у вітчизняній системі охорони здоров'я мали місце роками і про них практично ніхто не згадував, які не вирішувалися і вважалися другорядними. Це насамперед:

– практична відсутність єдиної дієвої системи управління та координації дій медичними структурами Збройних Сил України (далі – ЗСУ), інших військових формувань та цивільної системи охорони здоров'я як у зоні АТО, так і в цілому на загальнодержавному рівні;

– повна відсутність сучасних засобів індивідуального медичного захисту у військовослужбовців ЗСУ, інших військових формувань, а наявні засоби індивідуального медичного захисту морально і фізично застаріли та непридатні до використання;

– комплектно-табельне оснащення медичних підрозділів охорони здоров'я та ЗОЗ військових формувань, яке зберігалось в мобілізаційних резервах, у переважній більшості виробництва ще радянських часів, морально і фізично застаріло;

– професійно практична необізнаність медичного персоналу з особливостями перебігу бойової патології, зумовленої вогнепальними та мінно-вибуховими пораненнями, в переважній більшості це стосується персоналу цивільних лікувальних закладів, насамперед – через скорочення профільних військових кафедр ВМНЗ;

– обмежена кількість сучасного санітарного автомобільного та авіаційного транспорту для евакуації поранених, особливо для евакуації з поля бою (броньований санітарний транспорт);

– інше.

На початку збройного конфлікту основне військове формування держави – ЗСУ, з урахуванням реального стану їх готовності, в силу комплексу всім відомих обставин і причин, неповною мірою були здатні дати відсіч агресору. Медична служба ЗСУ, як одна з їх складових, знаходилася в стадії реформування, а фактично – скорочення. Механічне скорочення посад у медичних підрозділах (медичні пункти, медичні роти) військових частин і з'єднань призвело до деформації їх організаційно-штатної структури. Укомплектованість їх особовим складом становила близько 90%, у т.ч. лікарями – близько 65%.

Зазначені проблеми і недоліки поряд із хронічним недофінансуванням медичної служби на перших порах спричинили абсолютну неготовність медичних підрозділів до виконання завдань в умовах реальної обстановки, яка склалася у зв'язку зі збройною агресією.

Перебуваючи в такому стані, на початку збройної агресії медична служба ЗСУ практично без додаткових заходів і часу на підготовку приступила до реального медичного забезпечення військовослужбовців ЗСУ та інших військових формувань, задіяних в АТО. Терміново були проведені заходи щодо формування дієвої системи медичного забезпечення, основу якої становили: Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» (Указом Президента України від 10.06.2015 №320/2015 центру надано статус Національного) – далі – НВМКЦ «ГВКГ», визначені Військово-медичні клінічні центри (далі – ВМКЦ) регіонів і військові госпіталі (далі – ВГ), мобільні лікарсько-сестринські бригади (далі – МЛСБ), медичні підрозділи військових частин і з'єднань. У подальшому доукомплектовано та розгорнуто військові мобільні госпіталі (далі – ВМГ).

З метою нарощування потужності системи медичного забезпечення у 2015 р. штатну ліжкову місткість Дніпропетровського ВГ збільшено з 200 до 400 ліжок, у 2 ВГ (міста Чернігів і Миколаїв) ліжкову місткість збільшено зі 100 ліжок до 200. Дві поліклініки з денним стаціонаром (м.м. Запоріжжя, Старокостянтинів) переформовано в 100 та 150 ліжкових госпіталів відповідно.

Для медичного забезпечення військ у районі бойових дій розгорнуто штатні медичні підрозділи (медичні пункти та медичні роти) військових частин і з'єднань.

Для підсилення медичної служби в зоні проведення АТО сформовано, за рахунок особового складу ВМКЦ та ВГ, 32 МЛСБ, які забезпечують поряд із першою лікарською допомогою надання окремих видів кваліфікованої медичної допомоги.

Крім того, у 2015 р. сформовано та розгорнуто у визначених районах 3 військові мобільні госпіталі, 1 зведений військово-медичний загін, 2 окремі автосанітарні роти, 4



пересувні групи медичного постачання, а також групи підсилення лікарями-спеціалістами цивільних лікувальних закладів.

Водночас, із проведенням організаційних, організаційно-штатних та інших заходів прийнято на військову службу із резерву понад 2300 осіб медичного персоналу, з яких близько 1000 осіб направлено на доукомплектування медичних підрозділів військових частин і з'єднань.

Усі військово-медичні підрозділи та заклади, залучені до виконання завдань із початком АТО, отримали необхідну кількість медикаментів та перев'язувальних засобів.

Особовий склад військових частин і з'єднань, які виконували завдання безпосередньо в зоні АТО, забезпечено індивідуальними засобами медичного захисту з розрахунку на кожного військовослужбовця: 1 джгут медичний еластичний, 2 пакети перев'язувальні індивідуальні та 1 знеболювальний засіб. За сприяння волонтерів частину військовослужбовців забезпечено аптечками індивідуальними зразку військ НАТО або іншими сучасними засобами надання першої медичної (за термінологією НАТО – домедичної допомоги) з проведенням тренінгів щодо їх застосування.

Для підвищення рівня знань військовослужбовців щодо порядку надання першої медичної допомоги на полі бою (в порядку само- та взаємодопомоги) фахівцями медичної служби ЗСУ розроблено «Пам'ятку військовослужбовцю щодо надання медичної допомоги» та поширено серед особового складу військ, проведено відповідні заняття з військовослужбовцями та мобілізованими з воєнно-медичної підготовки.

Перша медична допомога пораненим та хворим на блокпостах, взводних і ротних опорних пунктах, позиціях батареї надавалася в порядку само- та взаємодопомоги, а також штатними і позаштатними санітарами та санітарними інструкторами рот (батареї).

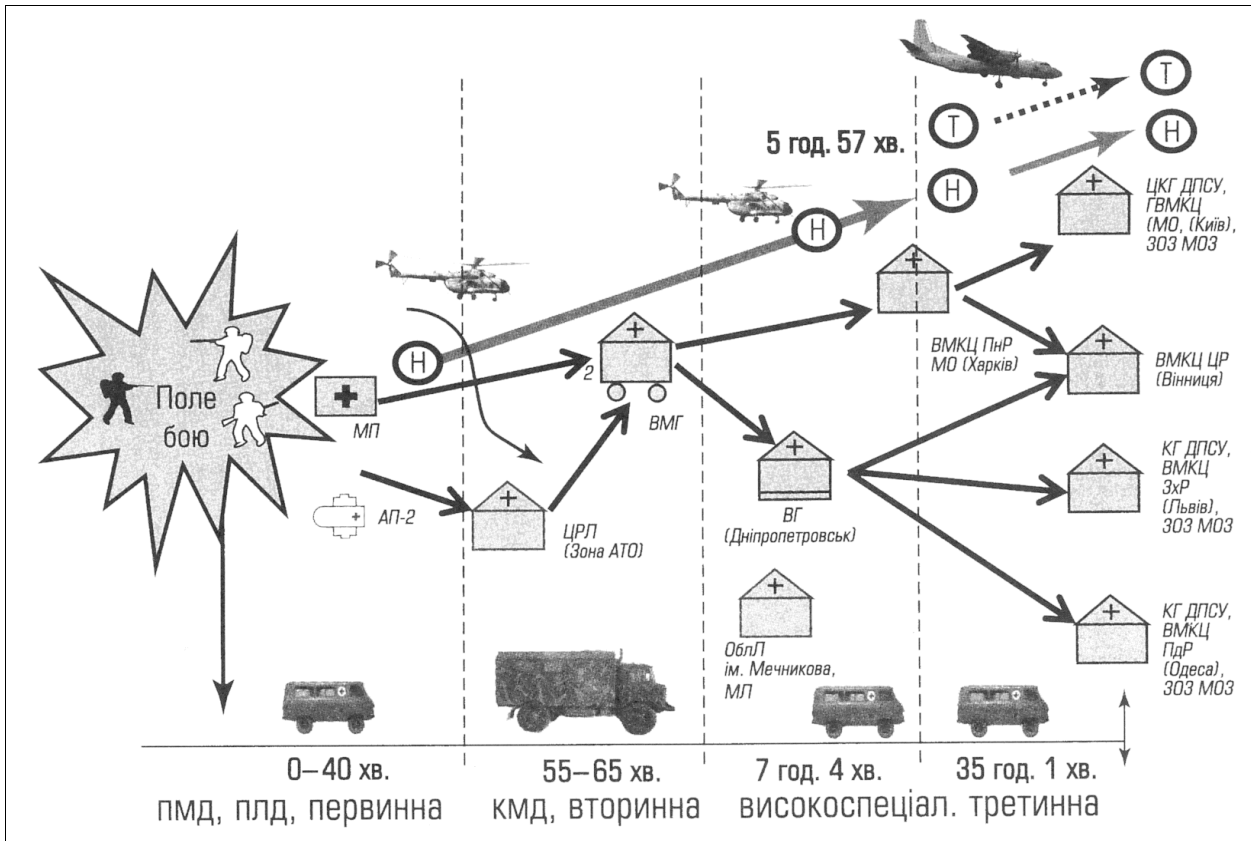
Долікарська та перша лікарська допомога в період активних бойових дій надавалася у базових таборах особовим складом штатних медичних підрозділів дивізіонів, батальйонів, батальйонних тактичних груп, бригад, приданими МЛСБ, а також медичними працівниками цивільних лікувальних закладів, розташованих у зоні АТО.

Кваліфікована медична допомога, з окремими елементами спеціалізованої медичної допомоги, з початком АТО надавалася у розгорнутих ВМГ, Дніпропетровському ВГ та ВМКЦ Північного регіону (м. Харків), ЦРЛ у зоні бойових дій та у Дніпропетровській ОКЛ імені І.І. Мечнікова. Після надання необхідної медичної допомоги та стабілізації стану поранених їх евакуювали до НВМКЦ «ГВКГ» та інших ВМКЦ регіонів.

Вивіз поранених безпосередньо з осередків санітарних втрат (поля бою, опорних пунктів, блокпостів) у період активних бойових дій у зоні АТО здійснювався з урахуванням умов бойової та медичної обстановки переважно транспортом загальновійськового призначення, у т.ч. броньованим, а подальша їх евакуація до медичних підрозділів, військових і цивільних ЗОЗ проводилася штатним санітарним транспортом медичної служби військової ланки, окремих автомобільних санітарних рот, транспортно-бойовими вертольотами і літаками, а також цивільними каретами ШМД і навіть волонтерами. Водночас, залізничний транспорт, який є більш економічно вигідним і доступним, для евакуації поранених не використовувався.

У разі необхідності, з метою скорочення термінів надання ЕМД у спеціалізованих та високоспеціалізованих ЗОЗ (НВМКЦ «ГВКГ»; ВМКЦ регіонів (м. Харків, м. Одеса, м. Львів, м. Вінниця, Дніпропетровська ОКЛ імені І.І. Мечнікова та ін.) активно використовувався

літак аеромедичної евакуації Ан-26 «Віта». Це єдиний в Україні санітарний літак, на борту якого є операційно-реанімаційний блок із відповідним оснащенням медичною апаратурою та 4 реанімаційними ліжками, що забезпечує евакуацію поранених і хворих із будь-яким ступенем тяжкості з одночасним проведенням реанімаційно-лікувальних заходів. Літак сертифікований за міжнародними стандартами НАТО. Оптимальна схема евакуації поранених військовослужбовців під час бойових дій наведена на рис. 6.1.



**Рис. 6.1. Схема евакуації поранених в АТО (активні фази та фази припинення вогню: червень–вересень, вересень–грудень 2014 р., грудень–лютий, лютий–травень 2015 р.)**

З метою своєчасного надання медичної допомоги військовослужбовцям і цивільному населенню з початком АТО налагоджено певною мірою взаємодію з медичними службами інших військових формувань, місцевими органами охорони здоров'я та цивільними лікарнями.

Аналізуючи систему медичного забезпечення ЗСУ та інших військових формувань під час АТО, необхідно звернути увагу на деякі особливості застосування сил і засобів медичної служби.

Так, для виправлення критичної ситуації з медичним забезпеченням військовослужбовців на полі бою та ранніх етапах надання медичної допомоги у стислі терміни із числа медичних фахівців ВМКЦ та ВГ сформовано МЛСБ за типовим складом (2 лікарі-хірурги, 1 лікар-анестезіолог, 2 медичні сестри, 2 водії, укомплектовано санітарним транспортом та автоперев'язувальними АП-2, медичним і санітарно-технічним обладнанням, медикаментами) і направлено в зону бойових дій для медичного забезпечення окремих військових підрозділів та батальйонних тактичних груп. Імовірно на початку АТО, доки медичні підрозділи не були доукомплектовані, такий захід був виправданий, проте він мав носити тимчасовий характер. Реально ж це призвело до вилучення на тривалий час із

стаціонарних військово-медичних закладів (ВМКЦ та ВГ) значної кількості висококваліфікованих медичних спеціалістів, насамперед хірургів, травматологів, анестезіологів, СМП, що привело, по-перше, до зниження потенційних спроможностей цих ЗОЗ, по-друге, – до підміни медичних підрозділів військових частин і з'єднань та практично повного виключення їх із системи лікувально-евакуаційних заходів, по-третє, – до неефективного використання медичного персоналу самих МЛСБ, але на той час це було виправданим.

Під час проведення лікувально-евакуаційних заходів у ході АТО визначено 3 основні евакуаційні напрями, з розгорнутими на них етапами медичної евакуації (рівнями медичного забезпечення) (далі – ЕМЕ):

- перший, переважно з Луганської області, – на Харків;
- другий, переважно з Донецької області, – на Дніпропетровськ;
- третій евакуаційний напрям – на Запоріжжя.

Першими повноцінно розгорнутими ЕМЕ на шляхах медичної евакуації стали ВМГ, що використовувалися як багатопрофільні ВГ для надання кваліфікованої з елементами спеціалізованої медичної допомоги, що забезпечувалося їх періодичним підсиленням фахівцями переважно хірургічного профілю за рахунок ВМКЦ регіонів, НВМКЦ «ГВКГ» та Української військово-медичної академії.

У подальшому, в разі необхідності і за висновками провідних медичних фахівців, проводилася планова евакуація поранених до НВМКЦ «ГВКГ» та ВМКЦ Південного (м. Одеса), Центрального (м. Вінниця) та Західного (м. Львів) регіонів. Для забезпечення надання стаціонарної медичної допомоги військовослужбовцям ЗСУ, інших військових формувань та правоохоронних органів у цивільних ЗОЗ державної та комунальної власності передбачалося 30% ліжкового фонду.

Для управління медичним забезпеченням у штабі АТО сформовано відділ медичного забезпечення, до складу якого входять: начальник відділу, офіцер з лікувально-евакуаційного забезпечення, офіцер з медичного постачання, головний хірург та головний терапевт. У кожному оперативному-тактичному угрупованні сформовано групи медичного забезпечення, до складу яких входять: начальник групи, офіцер з лікувально-евакуаційного забезпечення, офіцер з медичного постачання, провідний хірург та терапевт.

Загальне керівництво медичним забезпеченням у зоні проведення АТО здійснює начальник Центрального військово-медичного управління Генерального штабу ЗСУ – начальник медичної служби ЗСУ.

У 2015 р. до ЗОЗ МО України з районів АТО госпіталізовано на лікування 8193 особи, з яких 5715 виписано по одужанню у військові частини. За кордоном пройшли лікування 173 військовослужбовці, а реабілітацію – 126 військовослужбовців.

Однією з проблем наслідків військових дій є необхідність протезування кінцівок, що потребує значного за обсягом фінансування. Станом на кінець грудня 2015 р. потребував протезування 131 військовослужбовець, запротезовано – 67.

Ще одна проблема, у т.ч. медичного характеру, безпосередньо пов'язана з військовими діями на сході України, – це посттравматичний стресовий розлад психіки як в учасників АТО, так і в цивільного населення. Розлади психіки відмічаються майже в половині учасників АТО. В переважній більшості вони потребують психокорекційних і

реабілітаційних заходів різного спрямування. Це зумовлює необхідність створення в державі єдиної дієвої системи медико-психологічної реабілітації.

Відповідні кроки зроблено в цьому напрямку в системі медичної служби ЗСУ. Зокрема, збільшено штатну ліжкову місткість клінік і відділень психіатрії, впроваджено психіатричні кабінети з лікарями психіатром та психологом. У Старокостянтинівському ВГ сформовано центр психоневрологічної реабілітації. У ВМКЦ (м. Львів, Ірпінь), центрах медичної реабілітації та санаторного лікування збільшено потужність профільних реабілітаційних відділень.

У 2015 р. у ЗОЗ МО України проведено психіатричну медичну реабілітацію 1183 військовослужбовцям. Крім того, близько 5 тис. військовослужбовців пройшли відповідну реабілітацію в госпіталях для ветеранів війни та 853 військовослужбовці – у відповідних клініках НДУ НАМН України.

Поряд із заходами суто медичного забезпечення в зоні АТО Центральним санітарно-епідеміологічним управлінням МО України організовано виконання кваліфікованих санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів. З цією метою сформовано 7 пересувних санітарно-епідеміологічних груп (далі – ПСЕГ), які виконують завдання у районах їх відповідальності.

ПСЕГ щотижнево проводиться близько 700–800 лабораторних досліджень якості питної води, 150–200 досліджень безпечності і якості продуктів харчування та готової їжі, бактеріологічне обстеження 90–100 працівників харчування та водопостачання.

За час АТО не зареєстровано спалахів інфекційних захворювань серед військовослужбовців.

Важливу роль у наданні якісної медичної допомоги військовослужбовцям ЗСУ, інших військових формувань, правоохоронних органів, які забезпечують виконання завдань у зоні АТО, має рівень забезпеченості медичних підрозділів ЗОЗ медикаментами, лікарськими засобами та виробами медичного призначення.

У 2015 р., для вирішення першочергової нагальної потреби забезпечення військовослужбовців аптечками індивідуальними, МО України закуплено за державні кошти ліки і виробу медичного призначення для комплектування аптек на суму 45857,4 тис. грн та на придбання сумок-укладок для них на суму 12991,2 тис. грн. Це дало змогу сформувати 93299 аптек (за переліком та номенклатурою, визначеними наказом Держлікслужби України від 19.08.2014 №1087, погодженим із МО) і створило передумови гарантованого захисту здоров'я і життя військовослужбовців, які самовіддано захищають незалежність, суверенітет і територіальну цілісність держави.

Також закуплено медичну апаратуру та обладнання на загальну суму 6282,2 тис. грн.

Крім того, на рахунок МО України для медичного забезпечення, у якості благодійної допомоги в рамках акції «Підтримай Українську армію», надійшло 14884,10 тис. грн, які розподілено безпосередньо у ВМКЦ та ВГ для придбання лікарських засобів першочергової потреби та проведення необхідних протиепідемічних і санітарно-гігієнічних заходів.

Лікарські засоби та виробу медичного призначення закуплено насамперед для забезпечення потреб військових частин, які виконують завдання за призначенням у зоні АТО.

Водночас, до військово-медичних закладів постійно надходить благодійна допомога в матеріальному вигляді від юридичних та фізичних осіб. Отримано лікарські засоби та

медичне обладнання на загальну суму 486229,1 тис. грн, а саме: ліки та витратне медичне майно – на суму 205347,0 тис. грн, медичне обладнання – на суму 280882,1 тис. грн.

У 2015 р. отримано від Канади, в якості гуманітарної допомоги, польовий шпиталь на 20 ліжок на загальну суму 310 тис. доларів і від США – військовий мобільний госпіталь, базовий варіант EMEDS на загальну суму 2689624,59 доларів.

Для вирішення проблеми некомплекту лікарями і провізорами як військової ланки, так і ЗОЗ, які забезпечують виконання завдань у зоні АТО, з Української військово-медичної академії проведено достроковий випуск лікарів і провізорів та направлено їх у війська. Перед випуском всі слухачі пройшли відповідну практичну допідготовку з надання медичної допомоги пораненим у НВМКЦ «ГВКГ», ВМКЦ регіонів та ВГ. Додатково були створені та розпочали роботу 8 центральних курсів підготовки мобілізаційного резерву медичної служби.

Характеризуючи стан медичного забезпечення АТО в частині, що стосується сфери діяльності МО України як головного органу в системі центральних органів виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику з питань національної безпеки і оборони держави та є органом військового управління, у підпорядкуванні якого перебувають ЗСУ, слід зазначити, що:

1. МО здійснено відповідні заходи щодо усунення недоліків та проблем, які мали місце в системі медичного забезпечення ЗСУ на початку АТО.

2. Продовжено виконання державних заходів із подальшого удосконалення організації медичного забезпечення військовослужбовців, зміцнення матеріально-технічної бази медичних підрозділів і ЗОЗ та подальшого реформування ЗСУ, у т.ч. їх складової – медичної служби за стандартами НАТО.

Характеризуючи стан медичного забезпечення АТО необхідно зазначити, що військові дії на сході України зумовили ряд проблем, які негативно впливають на медичне забезпечення цивільного населення. Це насамперед:

– розбалансування мережі ЗОЗ та втрата відповідних матеріально-технічних засобів (медичного обладнання, апаратури, санітарного транспорту), руйнація будівель тощо.

*Як приклад:* у Луганській області повністю зруйновано 1 лікувальний заклад, суттєво пошкоджено 14 будівель у 10 лікувальних закладах, безповоротно втрачено 15 санітарних автомобілів;

– низький рівень укомплектованості лікарями та іншим медичним персоналом через від'їзд їх із територій Луганської та Донецької областей.

*Як приклад:* у Луганській області із 40 хірургічних відділень залишилося 19, в яких працюють 94 хірурги, що становить 63,5% від потреби;

– збільшилося навантаження на ЗОЗ, які базуються на адміністративних територіях Харківської, Запорізької, Дніпропетровської областей, що межують із районами АТО.

Незважаючи на проблеми, органи місцевого самоврядування, органи виконавчої влади зазначених регіонів здійснюють всі можливі заходи щодо надання медичної допомоги як учасникам АТО, так і цивільному населенню, які постраждали внаслідок бойових дій.

Станом на березень 2016 р. із загальної кількості демобілізованих учасників АТО (70791 особа) взято на диспансерний облік у ЗОЗ 43707 (61,7%) осіб. Проліковано стаціонарно 9344 (13,2%) особи. Станом на 01.02.2016 р. МСЕК забезпечено проведення оглядів лікарями-спеціалістами 5803 учасників АТО. Із них, за результатами експертизи, визнано інвалідами 2382 особи, у тому числі: інвалідами I групи – 92 (3,86%) особи, II групи – 538 (22,59%) осіб,

III групи – 1752 (73,55%) особи. При цьому визначено потреби інвалідів у соціальній допомозі (протезування, засоби пересування, постійний догляд тощо), а також рекомендовано заходи медико-соціальної реабілітації інвалідам працездатного віку.

Як приклад успішного вирішення проблемних питань є Харківська область.

Питання організації медичного забезпечення військовослужбовців ЗСУ, інших військових формувань і співробітників правоохоронних органів – учасників АТО та членів їхніх сімей – визнане в області одним із пріоритетних у діяльності місцевих органів влади.

Рішенням сесії обласної ради від 09.04.2015 №1209-VI затверджено Комплексну програму соціальної підтримки учасників антитерористичної операції на 2015–2016 роки та Порядок використання коштів обласного бюджету на проведення відпочинку звільнених у запас (демобілізованих) військовослужбовців, які брали участь в АТО, у санаторно-курортних закладах Харківської області.

У рамках виконання Указу Президента України від 18.03.2015 №150 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції» з метою координації вирішення питань щодо лікування, реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО розпорядженням голови Харківської ОДА від 08.10.2015 №483 у Харківській області створено обласний центр допомоги учасникам АТО, який є координатором взаємодії з органами виконавчої влади, місцевого самоврядування, установами та організаціями.

Завдяки скоординованим діям Департаменту охорони здоров'я Харківської ОДА з керівниками територіальних рай(міськ)військкоматів відпрацьовано порядок збору інформації про військовослужбовців, які демобілізовані з районів АТО і прибули на територію постійного мешкання або тимчасового перебування, та внесення їх до відповідного реєстру з дотриманням нормативних настанов щодо захисту конфіденційної інформації та персональних даних.

Відповідно до наказу Департаменту охорони здоров'я Харківської ОДА від 26.03.2015 №194 «Про медичне забезпечення демобілізованих військовослужбовців», зазначеному контингенту забезпечено проведення протягом 3 робочих днів медичних оглядів за місцем проживання, за результатами яких та відповідно до об'єктивних показань здійснено необхідне лікування, диспансерний нагляд, розроблено індивідуальні програми реабілітації.

За даними обласного військового комісаріату, в область прибуло 3890 демобілізованих.

На підставі списків демобілізованих осіб, завірених керівництвом рай(міськ)військкоматів, на базі КЗОЗ «Обласний госпіталь ветеранів війни» створено реєстр демобілізованих військовослужбовців та членів їхніх родин.

Станом на 31.12.2015 р., за інформацією від ЗОЗ, до реєстру внесено 3641 особу, у т.ч. 2038 осіб у районах області та 1603 – у м. Харкові.

Із числа демобілізованих військовослужбовців із причини поранення звільнено 29 осіб, у т.ч. 20 – із районів області, 9 – із м. Харкова. Крім цього, через виявлені захворювання або їх загострення демобілізовано 82 особи, у т.ч. 67 – із районів області, 15 – із м. Харкова.

Департаментом охорони здоров'я Харківської ОДА видано наказ про організацію проведення профілактичних оглядів демобілізованим особам та членам їхніх сімей за участю 12 спеціалістів (терапевта, хірурга, невропатолога, отоларинголога, офтальмолога, психіатра, стоматолога, дерматолога, фтизіатра, уролога, травматолога, інших). Оглянуто 2517 осіб, або 69,1% від усіх демобілізованих, зареєстрованих у ЗОЗ.

Після проведених медичних оглядів вперше виявлено 940 випадків патології, що становило 37,3% від оглянутих. При чому в кожного третього демобілізованого зареєстровано вперше виявлене захворювання терапевтичного профілю. У 760 демобілізованих за наявності захворювань, які не були протипоказані для проходження військової служби, після демобілізації не виявлено загострень.

Відповідно до проведеного в подальшому обстеження на диспансерний облік взято 1139 осіб, або 45,3% від оглянутих.

За результатами проведеного медичного огляду визначено обсяги лікування та реабілітації демобілізованих.

Стационарному лікуванню підлягали 288 осіб, у т.ч. в ЗОЗ вторинного рівня – 108, у ЗОЗ третинного рівня – 87, у НДІ – 93. Проведено стаціонарне лікування 220 особам, або 76,4% від тих, які підлягали.

Амбулаторного лікування потребували 535 демобілізованих осіб. Станом на 31.12.2015 р. проведено лікування 424 особам, або 79,3% від тих, які підлягали.

Встановлено, що 412 осіб потребують зубного протезування, обсяги якого на даний час з'ясовуються. За кошти місцевого бюджету запротезовано 26 осіб.

Серед демобілізованих учасників АТО 3 військовослужбовці втратили нижню кінцівку. Пацієнту з Харківського району сел. Південне, інваліду II групи, Українським науково-дослідним інститутом протезування, протезобудування та відновлення працездатності видано протез для апробації. Замовлення на протезування знаходиться в стадії роботи. Другий учасник АТО із Краснокутського району на даний час знаходиться на стаціонарному лікуванні. Третій хворий, який потребує протезування, є мешканцем м. Харкова.

Санаторно-курортному лікуванню підлягало 440 осіб. Станом на 31.12.2015 р. отримали санаторно-курортне лікування 35 осіб.

За даними КЗОЗ «Обласний центр медико-соціальної експертизи», у 2015 р. надано експертну допомогу 139 особам із числа учасників АТО.

Втрата працездатності встановлена у 103 осіб, а визнані інвалідами 43 особи: I групи – 2, II групи – 10, III групи – 31. Причинами інвалідності стали: травматичне ураження головного мозку – у 9 хворих; травматичне ураження спинного мозку – у 3; травматичне ураження нижніх кінцівок – 8; судинні ускладнення травм кінцівок – 1; комбіновані травми черевної порожнини та грудної клітини – 4; травматичне ураження ока – 3; травматичне ураження черевної порожнини – 2; політравми – 2; інші причини (ураження сідничного нерва, сечокам'яна хвороба, злоякісне новоутворення, остеохондроз хребта, плексопатія) – 9.

Усього, за даними ЗОЗ міста та області, з початку АТО визнано інвалідами 60 її учасників, у т.ч. I групи – 5 осіб, II групи – 14 осіб, III групи – 41 особа.

Для всіх 60 інвалідів розроблено індивідуальну програму реабілітації.

Зважаючи на велику важливість проведення реабілітаційних заходів особам даної категорії, фахівцями КЗОЗ «Обласний центр медико-соціальної експертизи» відновлювальне лікування рекомендовано 60 інвалідам, рекомендації із працевлаштування надано 59 особам. Лікування в санаторно-курортних умовах рекомендовано 60 інвалідам, рекомендації із соціальної реабілітації надано також 60 інвалідам.

За даними керівників ЗОЗ, зареєстровано 4082 члени сімей демобілізованих, у т.ч. батьків демобілізованих – 1392 особи, дітей демобілізованих – 1373 особи, подружжя – 1056 осіб, інших – 261 особу.

Медичний огляд проведено 2898 особам, або 71,0% від тих, які зареєстровані. У 397 осіб, або 13,7%, вперше виявлено захворювання. Ще в 1425 осіб захворювання виявлено в попередні роки.

На диспансерний облік взято 1360 осіб від оглянутих, або 46,9%.

У 89 членів сім'ї встановлено групу інвалідності, причому у 8 осіб вперше після проведених медичних оглядів.

Провідним закладом для надання стаціонарної медичної допомоги та психологічної реабілітації учасників АТО і членів їхніх сімей визначено КЗОЗ «Обласний госпіталь ветеранів війни». Станом на 31.12.2015 р. в госпіталі проліковано 173 учасники АТО.

На виконання наказу МОЗ України від 19.06.2015 №351 «Про затвердження Плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції» з метою попередження негативних медико-психологічних і соціально-психологічних наслідків в учасників АТО на базі існуючої мережі медичних ЗОЗ створено комплексну систему лікувально-реабілітаційних заходів для даної категорії осіб, що містить медикаментозну терапію, психотерапію і психологічну корекцію.

Наказами Департаменту охорони здоров'я Харківської ОДА від 30.10.2014 №610 «Про організацію психологічної реабілітації» та від 26.03.2015 №194 «Про медичне забезпечення демобілізованих військовослужбовців» усього організовано 27 кабінетів амбулаторної психологічної реабілітації для учасників АТО, з них 3 кабінети на базі психоневрологічних диспансерів, 18 – у ЦРЛ області, 6 – у Харківських МЛ.

Для проведення психологічної реабілітації учасників АТО на базі обласного госпіталю за рішенням Департаменту охорони здоров'я Харківської ОДА у 2015 р. залучено лікарів-психотерапевтів та психологів КЗОЗ «Обласний психоневрологічний диспансер». Крім того, адміністрацією госпіталю 03.09.2015 р. укладено угоду з Харківською медичною академією післядипломної освіти щодо розміщення на базі госпіталю кафедри психотерапії (завідувач кафедри проф. Б.В. Михайлов, головний психотерапевт МОЗ України). Щоденно працівники кафедри проводять сеанси психотерапії з учасниками АТО. З 2016 р. у госпіталі укомплектовано посаду лікаря-психотерапевта, який проводить щоденний прийом хворих.

Лікарі-психотерапевти і психологи залучаються до роботи поліпрофесійних бригад, які проводять реабілітаційні заходи учасникам АТО та членам їхніх сімей.

У 2014 р. на базі обласного та міських психоневрологічних диспансерів, а також психіатричних кабінетів ЦРЛ Балаклійського, Богодухівського, Валківського, Вовчанського, Дергачівського, Красноградського, Лозівського, Харківського, Чугуївського районів та Куп'янської ЦМЛ організовано 13 кабінетів психологічної реабілітації для учасників АТО і тимчасово-переміщених осіб.

Відповідно до наказу Департаменту охорони здоров'я Харківської ОДА від 30.10.2014 №610 «Про організацію психологічної реабілітації» в психіатричних стаціонарах області виділено ліжка для реабілітації учасників АТО зі стійкими наслідками посттравматичного стресового розладу та психосоматичними порушеннями.

Усі психіатри районів області пройшли навчання з психологічної реабілітації в межах постійно діючого семінару «Організація, планування та проведення психоло-психотерапевтичних реабілітаційних заходів учасникам антитерористичної операції» на базі КЗОЗ «Обласний психоневрологічний диспансер».



6 осіб у 2015 р. пройшли навчання на базі Харківської медичної академії післядипломної освіти.

У першій половині серпня 2015 р. медичними працівниками за місцем проживання демобілізованих учасників АТО проведено додатково їх патронаж, у ході якого повторно з індивідуальним підходом проаналізовано ситуацію щодо потреби в амбулаторно-поліклінічному, стаціонарному, санаторно-курортному лікуванні та в засобах реабілітації. За наявності показань демобілізованим запропоновано пройти стаціонарне лікування в ЗОЗ, у т.ч. у КЗОЗ «Обласний госпіталь ветеранів війни», та подавати особисті заявки для участі в державних цільових програмах соціальної підтримки та реабілітації воїнів АТО.

Департаментом охорони здоров'я Харківської ОДА розроблено «Пам'ятку для військовослужбовців, що повернулися із зони АТО» з питань надання медичної допомоги, у т.ч. психологічної. Ця пам'ятка направлена у рай(міськ)військкомати, ЗОЗ і органи соціального захисту населення. Також розроблено «Пам'ятку лікарю загальної практики з надання медико-психологічної допомоги військовослужбовцю, демобілізованому із зони АТО» і «Пам'ятку для членів сімей військовослужбовців, демобілізованих з зони АТО».

Медична допомога демобілізованим із зони АТО надається в усіх без винятку ЗОЗ первинного, вторинного та третинного рівнів.

Налагоджено тісну взаємодію з ВМКЦ Північного регіону (м. Харків).

В області відпрацьовано механізм взаємодії медичної сфери регіону з територіальними установами та структурами з питань медичного забезпечення територіального населення в особливий період.

Департаментом охорони здоров'я Харківської ОДА розроблено відповідні організаційні заходи, які забезпечують постійну готовність підпорядкованих закладів до роботи в особливих умовах.

У разі виникнення надзвичайної ситуації техногенного або природного характеру в дію вводиться «План створення (перепрофілювання) ліжкового фонду у складі обласної служби медицини катастроф на випадок виникнення надзвичайної ситуації техногенного або природного характеру» (обл. №09-06/57 від 03.03.2015), яким передбачено розгортання 4514 ліжок на базі 45 ЗОЗ.

В особливий період на виконання вимог наказу МОЗ України від 18.02.2015 №75 «Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального і воєнного характеру», з метою організації належної роботи ЗОЗ проведено заходи відповідно до вимог наказу Департаменту охорони здоров'я Харківської ОДА від 24.02.2015 №114 «Про функціонування закладів охорони здоров'я в особливий період», зі створенням у разі необхідності резерву профільних ліжок (не менше 30%) для надання невідкладної медичної допомоги постраждалим унаслідок надзвичайної ситуації соціального і воєнного характеру.

У ЗОЗ Запорізької області у 2015 р. перебувало під диспансерним наглядом 2146 учасників бойових дій АТО. Отримали стаціонарне лікування 192 особи, санаторно-курортне лікування – 155 осіб.

Медична допомога пораненим, травмованим і хворим учасникам АТО з початку бойових дій на сході України надається в 10 ЗОЗ Дніпропетровської області. Для транспортування поранених із зони АТО в області задіяні 213 бригад ШМД та ЕМД.

У лікувальних закладах області надано допомогу 6927 особам, із них прооперовано – 2089 осіб. Комісією медико-соціальної експертизи оглянуто 885 учасників АТО, із них визнано інвалідами 349 осіб.

З резервного фонду державного бюджету отримано грошову допомогу для придбання лікарських засобів та витратних матеріалів пораненим військовослужбовцям на суму 4,3 млн гривень.

З обласного бюджету на медичну допомогу пораненим учасникам АТО і переселенцям зі складу цивільного населення витрачено 21,8 млн гривень.

Завдяки міжнародному співробітництву в області успішно вирішено питання реабілітації громадян, постраждалих унаслідок проведення АТО, за кордоном. Направлено на реабілітацію до Польщі 83 особи, до Литви – 60 осіб.

Форпостом у наданні кваліфікованої спеціалізованої та окремих видів високоспеціалізованої медичної допомоги учасникам АТО в області є Дніпропетровська ОКЛ імені І.І. Мечнікова.

На відміну від інших регіонів, на бюро судово-медичної експертизи Дніпропетровської області покладено специфічні завдання щодо проведення судово-медичних експертиз з ідентифікацією загиблих військовослужбовців та інших громадян під час АТО. При цьому використано молекулярно-генетичні, імунологічні, токсикологічні та цитологічні дослідження. У 2015 р. здійснено близько 2500 судово-медичних експертиз. За кошти обласного бюджету придбано автоматичний генетичний аналізатор вартістю 6,4 млн грн, з використанням якого суттєво прискорено дослідження щодо ідентифікації матеріалу.

Щодо Запорізької та Дніпропетровської областей – відображені тільки окремі напрямки, які стосуються сфери медичного забезпечення АТО. Інші складові діяльності виконавчих органів та відповідно департаментів охорони здоров'я зазначених областей здійснюються певною мірою за напрямками та обсягом заходів, відображених в інформації, які характеризують Харківську область.

Провідну роль у формуванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, у т.ч. організації медичного забезпечення громадян України як військовослужбовців, так і цивільного населення, у ході АТО на сході України відіграє МОЗ України.

З метою подальшого розвитку процесу реформування галузі, міністерством розроблено Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 роки, яка є складовою Національного плану дій з реформування, затвердженого Указом Президента України від 12.01.2015 №5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку “Україна – 2020”» та Урядом України (програма діяльності КМУ, схвалена постановою Верховної Ради України від 11.12.2014 №26-VIII). Стратегія формує підґрунтя для розробки політики та прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я, але, на жаль, до цього часу вона не затверджена на законодавчому рівні.

Складні економічні та соціально-політичні умови, в яких знаходиться Україна, потребують прискорення інтеграційних процесів із метою створення єдиного медичного простору держави. За цих умов необхідна чітка, дієва організація міжвідомчої взаємодії медичних структур, а також приватного сектору охорони здоров'я з організації лікувально-евакуаційного забезпечення як військовослужбовців, так і цивільного населення і в цілому – створення цілісної організаційно-структурної форми застосування сил і засобів медичних структур держави для надання усіх видів медичної допомоги, відновлення праце- і

боездатності громадян, зниження інвалідності і смертності постраждалих у зоні воєнного конфлікту.

Створення єдиного медичного простору держави через механізм відповідних інтеграційних заходів на основі законодавчих і нормативних актів забезпечить надійне функціонування загальнодержавної системи охорони здоров'я, як у мирний час, так і в особливий період, і зумовить раціональне, контрольоване використання ресурсів в умовах обмеженого бюджетного фінансування, спрямованих на забезпечення належного рівня національної безпеки та всебічного задоволення потреб населення в якісній і доступній медичній допомозі.

У цьому напрямку МОЗ України сплановано та затверджено відповідними наказами МОЗ України виконання НДР за тематикою удосконалення медичного забезпечення антитерористичної операції. Зокрема, у ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» виконуються науково-дослідні роботи на теми «Наукове обґрунтування створення системи організації медичного забезпечення осіб, постраждалих під час проведення антитерористичної операції» (строки виконання – 2015–2017 рр.) та «Наукове обґрунтування моделі єдиного медичного простору держави» (строки виконання – 2016–2018 рр.).

Відповідно до Плану основних організаційних заходів МОЗ України на 2015 рік, 15 жовтня 2015 р. проведено науково-практичну конференцію на тему «Актуальні питання практичної інтеграції відомчих медичних структур в загальнодержавну систему охорони здоров'я в контексті реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я України». Головним організатором конференції була ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

У конференції взяли участь провідні вчені у сфері охорони здоров'я, представники МОЗ України, НАМН України, ВМНЗ, керівники структурних підрозділів охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій і міських рад обласних центрів, відомчих медичних структур (МО, МВС, Міністерство інфраструктури, СБУ) та інших відомств.

У ході конференції розглянуто питання реального стану національної системи охорони здоров'я, пошуку шляхів вирішення існуючих проблем, а також питання особливого державного значення – питання практичної діяльності системи охорони здоров'я у період проведення АТО, питання формування належного медичного потенціалу в інтересах подальшого зміцнення національної безпеки держави.

За результатами проведеної роботи прийнято резолюцію науково-практичної конференції, одностайно схвалену всіма учасниками та рекомендовану для надання до вищих органів державної влади для розгляду та прийняття відповідного рішення.

З метою збереження життя і здоров'я військовослужбовців через досягнення максимальної ефективності їх медичного забезпечення на час дії особливого періоду, надзвичайного стану та інших кризових ситуацій шляхом об'єднання зусиль медичних служб ЗСУ, інших військових формувань та системи цивільної охорони здоров'я України, а також на виконання Указу Президента України від 14.11.2014 №880/2014 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 04.11.2014 “Про невідкладні заходи із забезпечення державної безпеки”», відповідного доручення Прем'єр-Міністра України від 01.12.2014 №44279/0/1-14, Міністерством оборони України разом із СБУ та НАМН України розроблено проект Воєнно-медичної доктрини України, який у подальшому доопрацьовано з

урахуванням рекомендацій за результатами його розгляду на парламентських слуханнях у Верховній Раді України (20.05.2015 р.) і встановленим порядком надано до КМУ для затвердження Президентом України.

На виконання Указів Президента України від 14.01.2015 №14 «Про рішення Ради Національної безпеки та оборони України від 20.12.2014 “Про деякі оборонно-мобілізаційні питання”» та від 30.01.2015 №40 «Про додаткові заходи щодо забезпечення проведення часткової мобілізації у 2015 році», розпорядження КМУ від 26.01.2015 №47-р «Про встановлення режимів підвищеної готовності та надзвичайної ситуації» МОЗ України розроблено та введено в дію наказ від 18.02.2015 №75 «Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру». Зазначений наказ спрямований на підвищення готовності національної системи охорони здоров'я до ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій державного рівня як соціального, так і воєнного характеру.

МОЗ України організовано виконання розпорядження КМУ від 31.03.2015 №359-р «Про затвердження Плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції». Перелік відповідних заходів затверджено наказом МОЗ України від 19.06.2015 №351.

#### *Висновки*

1. Існуючий досвід медичного забезпечення АТО та його детальний аналіз свідчать, що для надійного медичного забезпечення військ необхідно мати повноцінну організаційно-штатну структуру медичних підрозділів військових частин (з'єднань) і військово-медичних закладів. Актуальним є питання забезпечення військовослужбовців сучасними індивідуальними засобами медичного захисту та навченість користування ними, забезпечення медичних підрозділів відповідним комплектно-табельним оснащенням, спеціальною медичною технікою та засобами евакуації.

2. Українським є прискорення удосконалення нормативно-правової бази організації медичного забезпечення військ і формування єдиного медичного простору держави.

3. У подальшому діяльність органів влади як на центральному, міжвідомчому та регіональному рівнях має бути спрямована на реалізацію державних заходів з удосконалення медичного забезпечення як військовослужбовців, так і цивільного населення під час АТО, через практичну інтеграцію відомчих медичних структур у загальнодержавну систему охорони здоров'я в інтересах зміцнення обороноздатності держави.

## 7. СТАН НАДАННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

Боротьба зі злякисними новоутвореннями (ЗН) донині залишається однією з найважливіших проблем охорони здоров'я України. Злякисні новоутворення разом із хворобами серцево-судинної системи визначають рівень здоров'я популяції України, оскільки обумовлюють 12% усіх випадків смерті та 26% інвалідизації населення. Питома вага раку, як причини смерті в працездатному віці, становить 14% у чоловіків і 29% у жінок. Ризик занедужати раком досягає 27,7% для чоловіків і 18,5% для жінок, тобто протягом 75 років життя ЗН вражають в Україні кожного 3–4 чоловіка і 5–6 жінку.

За даними МОЗ України, у 2015 р. зареєстровано 134104 нові випадки раку (313,6 на 100 тис. нас.), померли від цієї хвороби 67,5 тис. хворих (158,07 на 100 тис. нас.). Усього на диспансерному обліку перебуває 961,8 тис. онкохворих, з них більше 5 років – 60,8%.

У зв'язку з відомими подіями, які почалися в Україні у 2014 р. (анексія Криму, захоплення частини території Донецької та Луганської областей), та незважаючи на тенденцію до стабілізації показників захворюваності на ЗН та смертності, онкологічна ситуація в країні все ще залишається напруженою.

Захворюваність на ЗН серед населення України у 2015 р. залишалась майже на рівні минулого року – 313,6 на 100 тис. нас. (313,5 у 2014 р.). Проте у Дніпропетровській області зазначений показник вищий на 2,8% (373,5 у 2015 р., 363,3 у 2014 р.), у Київській області – на 2,0% (360,1 у 2015 р., 353,1 у 2014 р.), у Полтавській області – на 2,2% (371,5 у 2015 р., 363,4 у 2014 р.), у Хмельницькій області – на 5,0% (371,7 у 2015 р., 351,1 у 2014 р.). Зниження захворюваності на ЗН спостерігалось у Вінницькій, Закарпатській, Запорізькій, Івано-Франківській, Миколаївській, Одеській, Рівненській, Харківській, Чернігівській областях (табл. 7.1).

Таблиця 7.1

Захворюваність на злякисні новоутворення усього населення України у 2015 р. порівняно з 2014 р.

Адміністративна територія	Абс. числа		На 100 тис. нас.		+/- % (рази) до 2014 р.
	2014	2015	2014*	2015*	
Вінницька	5 957	5 842	369,7	364,3	-1,5 %
Волинська	2 844	2 860	273,8	274,9	+0,40 %
Дніпропетровська	11 950	12 225	363,3	373,5	+2,8 %
Донецька**	5 646	5 555	130,4	282,6	-
Житомирська	4 141	4 083	327,8	324,9	-0,9 %
Закарпатська	3 157	2 949	251,8	234,7	-6,8 %
Запорізька	6 669	6 613	375,7	374,6	-0,29 %
Івано-Франківська	3 853	3 843	279,3	278,5	-0,29 %
Київська	6 072	6 206	353,1	360,1	+2,0 %
Кіровоградська	4 396	4 515	448,0	463,5	+3,5 %
Луганська**	1 501	1 820	67,2	253,0	-
Львівська	8 438	8 551	334,8	339,4	+1,4 %
Миколаївська	4 459	4 418	381,9	379,7	-0,58 %
Одеська	8 755	8 350	367,0	350,0	-4,6 %
Полтавська	5 271	5 354	363,4	371,5	+2,2 %
Рівненська	3 126	2 917	270,0	251,4	-6,9 %
Сумська	4 710	4 736	416,5	422,4	+1,4 %
Тернопільська	3 263	3 317	304,9	311,0	+2,0 %
Харківська	9 676	9 230	355,5	339,9	-4,4 %
Херсонська	4 029	3 990	376,1	374,1	-0,53 %
Хмельницька	4 617	4 825	354,1	371,7	+5,0 %

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Черкаська	4 813	4 857	383,1	389,1	+1,8 %
Чернівецька	2 423	2 419	267,6	266,7	-0,34 %
Чернігівська	4 007	3 866	378,6	369,2	-2,9 %
м. Київ	10 710	10 763	378,8	378,1	-0,18 %

Примітки: \* Показники розраховані на населення без урахування тимчасово окупованих територій АР Крим та м. Севастополя. \*\* Території, підконтрольні Україні, на даних територіях показники розраховані на їх населення.

Вище середньоукраїнського показника (313,6 на 100 тис. нас.) була захворюваність у Кіровоградській (463,5), Сумській (422,4), Черкаській (389,1), Миколаївській (379,7) областях та в м. Києві (378,1) (табл. 7.2).

Таблиця 7.2

**Захворюваність на злоякісні новоутворення населення України у 2015 р.  
(у розрізі регіонів у напрямку зниження показників)**

№ з/п	Адміністративна територія	Показник на 100 тис. населення*
1	Кіровоградська	463,5
2	Сумська	422,4
3	Черкаська	389,1
4	Миколаївська	379,7
5	м. Київ	378,1
6	Запорізька	374,6
7	Херсонська	374,1
8	Дніпропетровська	373,5
9	Хмельницька	371,7
10	Полтавська	371,5
11	Чернігівська	369,2
12	Вінницька	364,3
13	Київська	360,1
14	Одеська	350,0
15	Харківська	339,9
16	Львівська	339,4
17	Житомирська	324,9
18	Тернопільська	311,0
19	Донецька**	282,6
20	Івано-Франківська	278,5
21	Волинська	274,9
22	Чернівецька	266,7
23	Луганська**	253,0
24	Рівненська	251,4
25	Закарпатська	234,7
Україна		313,6

Примітки: \* Показники розраховані без урахування тимчасово окупованих територій АР Крим та м. Севастополя. \*\* Території, підконтрольні Україні, на даних територіях показники розраховані на їх населення. \*\*\* Перші рангові місця присвоєні територіям з високим рівнем захворюваності.

Захворюваність на ЗН серед міського населення України є значно вищою, ніж серед сільського. Так, у 2015 р. серед міського населення України вперше зареєстровано 94043 випадки ЗН (або 319,5 на 100 тис. відповідного населення), серед сільського – 40 061 випадок (або 300,6 на 100 тис. відповідного населення).

У структурі захворюваності чоловічого населення України на ЗН у 2015 р. провідні 5 місць займають: ЗН трахеї, бронхів, легенів (16,2%), колоректальний рак (12,4%), шкіри (10,4%), передміхурової залози (10,2%), шлунка (7,5%). У жінок перші 5 місць займають: рак молочної залози (20,1%), шкіри (13,1%), колоректальний рак (11,5%), тіла (9,2%) та шийки матки (5,9%).

Аналіз захворюваності населення України на ЗН у різних вікових групах показав, що найвищі показники притаманні віку 60–80 років у чоловіків і 65–80 років у жінок.

Починаючи з 15 років і до 50 років (репродуктивний вік), показники захворюваності у жінок дещо вищі, ніж у чоловіків. У решті вікових груп (до 15 років і після 50 років) у чоловіків показники захворюваності вищі, ніж у жінок. Особливо значна різниця показників спостерігається у віці 60 років і старше: у чоловіків старшого віку показники захворюваності на ЗН у понад двічі вищі, ніж у жінок такого самого віку.

Дитяче населення у віці 0–17 років включно значно рідше уражається онкологічною патологією. У 2015 р. в Україні було зареєстровано 1006 випадків онкологічних захворювань у дітей віком від 0 до 17 років включно, що становить 13,2 на 100 тис. дитячого населення.

Захворюваність дітей на онкологічну патологію має ряд особливостей порівняно із загальною онкологічною захворюваністю. Це виявляється як у віковій структурі хворих, так і в структурі захворювань. Найвищі показники дитячої онкологічної захворюваності реєструються у віці від одного до чотирьох років включно. Далі йде поступове зниження рівня показників, причому у віці 10–14 років показники майже удвічі нижчі, ніж показники у віці від одного року до 4 років включно.

У структурі ЗН у дітей віком 0–17 років включно перше місце посідали лейкози (21,0%), на другому місці – лімфоми (13,8%), на третьому місці – ЗН інших та не уточнених відділів нервової системи (12,7%), четверте місце розділили ЗН нирок і кісток та суглобових хрящів (6,1%), на п'ятому місці – ЗН сполучної та інших тканин (3,8%).

Найвищі темпи приросту притаманні захворюваності на рак передміхурової залози, прямої і ободової кишки, молочної залози, тіла матки, щитовидної залози. Збільшення показників відзначається також щодо раку шийки матки, сечового міхура, нирки, неходжкінських лімфом.

Ефективність протиракової боротьби передусім залежить від організації роботи з профілактики онкологічних захворювань, відновлення ефективної системи профілактичних оглядів та диспансеризації пацієнтів із передпухлинними захворюваннями, запровадження програм скринінгу молочної залози, шийки матки тощо, спрямування коштів, які виділяються на боротьбу з раком, на конкретного пацієнта.

Таким чином, раннє виявлення пухлини – це запорука успіху в лікуванні онкологічного хворого та забезпечення йому достойної якості та довготривалості життя. Першочергова роль у рішенні цієї задачі належить загальнолікарняній мережі охорони здоров'я, але для налагодження чіткої роботи в цьому напрямку існує ряд проблем.

Мережа онкологічних закладів охорони здоров'я станом на 01 січня 2016 року була представлена 31 онкологічним диспансером, двома онкологічними лікарнями та Національним інститутом раку. Крім того, у загальнолікувальній мережі функціонувало 606 закладів, які мали онкологічні відділення (кабінети), 48 закладів, які мали радіологічні (променевої терапії) відділення, 868 закладів охорони здоров'я, що мали ендоскопічні відділення (кабінети), 1286 кабінетів ультразвукової діагностики, 1011 оглядових кабінетів.

Кількість онкологічних ліжок у закладах системи МОЗ України у 2015 р. становила 8502 (у 2014 р. – 8087), у т.ч. 8210 – для дорослих і 292 – для дітей. Забезпеченість, відповідно, становила 1,93 на 10 тис. дорослого населення та 0,38 на 10 тис. дитячого населення; кількість радіологічних та рентгенологічних ліжок становила 2179 або 0,5 на 10 тис. усього населення. Усього лікування онкологічних хворих у 2015 р. здійснювалося на 8502 ліжках, при цьому забезпеченість їх на 10 тис. нас. становила 2,0. В онкологічних

диспансерах було розгорнуто 8587 ліжок, у т.ч. 6364 онкологічні ліжка для дорослих, 30 онкологічних ліжок для дітей, 1889 радіологічних та рентгенологічних ліжок та 280 гематологічних ліжок. На онкологічних ліжках в лікувально-профілактичних закладах системи МОЗ України проліковано 268105 дорослих та 6619 дітей, на радіологічних та рентгенологічних ліжках – 34800 хворих, у т.ч. 35 дітей.

У 2015 р. середнє число днів роботи онкологічного ліжка для дорослих становило в Україні 353 дні. Із перевантаженням працювали ліжка в Кіровоградській (391 день) та Чернівецькій (387 днів) областях. Із недовантаженням у Закарпатській (306 днів), Івано-Франківській (298 днів) та Полтавській (295 днів) областях. Середня тривалість перебування хворого на онкологічному ліжку для дорослих в Україні складала 10,3 дня. Найменша тривалість лікування спостерігалася у Харківській області (7,11 дня) та Закарпатській області (8,74 дня). Вищий показник перебування хворого на ліжку мав місце у Сумській (12,19 дня), Запорізькій (12,66 дня) та Чернігівській (13,05 дня) областях.

Показник летальності на онкологічних ліжках в Україні у 2015 р. становив в середньому 0,58%, однак він залишався значно вищим у м. Києві – 1,08%.

У 2015 р. у системі онкологічної служби України працювало 1682 лікарі-онкологи (0,39 на 10 тис. нас.), зокрема у Житомирській та Миколаївській областях – 0,29, Закарпатській – 0,30, Чернігівській – 0,31, Тернопільській – 0,55, Чернівецькій – 0,66. Укомплектованість штатних посад лікарів-онкологів фізичними особами у лікувально-профілактичних закладах України становила 78,5%.

Розглядаючи питання кваліфікації лікарів, слід зазначити, що в 2015 р. із загальної кількості онкологів пройшли атестацію 73,4% (у 2014 р. – 82,4%), при цьому вищу та першу кваліфікаційні категорії мали 1026 лікарів, або 82,9% від усіх атестованих.

Ендоскопічна служба в Україні за 2015 р. була представлена 868 закладами, які мали ендоскопічні відділення (кабінети) (у 2014 р. – 840). Ендоскопічні відділення (кабінети) обладнані 3465 ендоскопічними апаратами, з них діючих – 2578, у т.ч. 2099 гастродуоденоскопів, 138 дуоденоскопів, 557 бронхоскопів, 670 колоноскопів. Найбільшу питому вагу серед ендоскопічних досліджень (1631161) мають гастродуоденоскопії (1365084) – 83,7% від усіх досліджень, далі – колоноскопії (130949) – 8,0% і бронхоскопії (118069) – 7,2%.

Закладів, що мали цитологічні лабораторії, в Україні у 2015 р. було 37, в них виконано 14531869 цитологічних досліджень, що становило 3398,5 на 10 тис. нас. (у 2014 р. – 36 лабораторій виконали 15189963 досліджень, або 3540,5 на 10 тис. нас.).

Якість онкологічної допомоги населенню України оцінюється за показниками: занедбаність злроякісного процесу (III–IV стадія), летальність до року, морфологічна верифікація захворювання та охоплення спеціальним лікуванням.

У 2015 р. рівень морфологічної верифікації діагнозу складає 84,0%, коливання показника перебуває в межах від 75,4% у Донецькій до 91,9% у м. Києві. Найвищий рівень морфологічного підтвердження мають пухлини візуальних локалізацій – губи (96,5%), шкіри (97,7%), шийки матки (98,8%), щитовидної залози (98,7%) та гемобластози (до 100%), найнижчий – легені (60,5%), а в окремих областях цей показник не перевищує 45% – Рівненська (35,7%) та Харківська (44,9%).

На профоглядах у 2015 р. виявлено 29,1% онкологічних хворих (від 18,8% у Дніпропетровській області до 58,2% у м. Києві). Зазначимо, що навіть при візуальних локалізаціях пухлин виявлення їх на профоглядах залишається незадовільним. При виявленні



в Україні на профоглядах 52,4% первинних хворих на рак шийки матки, цей показник у Чернігівській області становить 23,0%, у Дніпропетровській – 35,9%, Івано-Франківській – 39,9%. Суттєвого поліпшення потребує виявлення на профоглядах раку передміхурової залози, показник якого в Україні складає лише 22,7%, а в Дніпропетровській, Житомирській, Закарпатській, Львівській, Хмельницькій областях він не досягає навіть 10,0%. Залишається актуальною проблема своєчасного виявлення раку щитовидної залози – 55,3% (у Закарпатській – 7,7%, Івано-Франківській – 14,0%).

Показник летальності до року пересічно по Україні становить 26,9% – від 20,9% в Одеській до 31,9% у Чернівецькій області. Навіть при візуальних локалізаціях цей показник залишається високим – при ЗН молочної залози (8,0%), шийки матки (13,4%), передміхурової залози (13,4%), прямої кишки (25,0%).

Спеціальне лікування отримують 68,5% первинних хворих, з коливанням показника від 58,1% у Запорізькій області до 75,7% у м. Києві, тобто в більшості областей України до 30,0% хворих на рак не отримують спеціального лікування, що, безсумнівно, скорочує тривалість життя онкологічних хворих. Разом з тим, хворі на ЗН шлунка охоплені спеціальним лікуванням у 45,0% випадків – від 30,0% у Запорізькій до 54,6% випадків у Хмельницькій областях; при ЗН легені спеціальне лікування отримали лише 41,4% хворих – від 30,6% у Закарпатській до 53,9% в Одеській областях; при ЗН молочної залози спеціальним лікуванням охоплено 81,7% первинних хворих; коливання показника перебувало в межах від 69,4% в Івано-Франківській до 91,8% у Тернопільській області; при ЗН жіночих репродуктивних органів показник охоплення спеціальним лікуванням залишається досить високим – 80,4–83,5%. Спеціальне лікування отримали 74,6% хворих на рак передміхурової залози – від 51,9% у Рівненській області до 96,3% у Сумській. Охоплення спеціальним лікуванням хворих на лейкемії складає 67,4% – від 19,3% у Запорізькій до 91,8% у Вінницькій областях.

У міжнародному досвіді для оцінки ефективності протиракової боротьби в якості інтегрального критерію використовується показник 5-річної популяційної виживаності хворих. За оцінками ВООЗ, скринінгові програми доцільно впроваджувати при ЗН шийки матки, молочної залози, передміхурової залози та товстої кишки, для яких було обчислено показник 5-річної виживаності.

Показник 5-річної виживаності хворих на рак шийки матки в Україні складає 56,8% – від 37,7% у Чернівецькій до 72,8% у Волинській областях, а у країнах ЄС – 65,4%.

5-річна виживаність хворих на рак молочної залози в Україні становить 60,6% – від 47,7% у Рівненській області до 72,2% у м. Києві, у країнах Європи – 83,8%.

5-річна виживаність хворих на рак передміхурової залози в Україні складає 51,9% – від 69,1% у Рівненській області до 71,7% у м. Києві; у країнах Європи – 84,0%.

5-річна виживаність хворих на колоректальний рак в Україні складає 35,3% у чоловіків та 36,4% у жінок – від 16,2% та 18,6% відповідно у Рівненській області до 41,5% та 43,0% у м. Київ; у Європі – 55,1% та 55,4%.

Аналіз стану організації протиракової боротьби в Україні свідчить про те, що ця проблема залишається актуальною для охорони здоров'я України і вирішення її залежить як від поліпшення стану оснащення лікувально-профілактичних закладів сучасними апаратурою та обладнанням, так і від підвищення рівня професійної підготовки з питань онкології медичних працівників закладів охорони здоров'я всіх рівнів. Значною мірою подолання цих проблем залежить від реалізації Закону України «Про затвердження

Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», затверджені Президентом України 23.12.2009 №1794-VI.

Даним Законом передбачено виділення коштів з державного бюджету для запровадження скринінгових програм; створення мережі мамологічних кабінетів; мережі кабінетів патології шийки матки; створення на базі Національного інституту раку центру репродуктивного здоров'я; закупівлі мобільних мамологічних комплексів; для оснащення сучасною апаратурою та забезпечення її технічним супроводом; підвищення рівня інформаційного забезпечення онкологічної служби. Проте дотепер фінансування на забезпечення перелічених заходів у межах зазначеного Закону не проводилось.

### *Шляхи вирішення актуальних проблем в онкології*

#### *1. У правовій сфері:*

- затвердження Концепції державної підтримки онкологічних хворих та створення відповідної законодавчої бази;
- дотримання сучасних національних нормативів та стандартів медичної допомоги хворим на ЗН та їх періодичне оновлення;
- забезпечення конституційного права онкологічного хворого на отримання ефективного, адекватного спеціального лікування згідно із затвердженими національними стандартами;
- окреслення межі відповідальності лікарів за допущені випадки занедбаності раку (насамперед візуальних локалізацій) та застосування неадекватних методів лікування, що завдали шкоди здоров'ю пацієнта.

#### *2. В економічній сфері:*

- визначення обсягів та джерел фінансування заходів із забезпечення державних нормативів та стандартів медичної допомоги хворим на ЗН;
- розробка екологічно обґрунтованих нормативів канцерогенного навантаження на людину.

#### *3. У галузі діагностики раку:*

- забезпечення онкологічних закладів сучасним діагностичним обладнанням для здійснення уточнюючої та диференційної діагностики ЗН: рентгендіагностичними апаратами, мамографами, комп'ютерними томографами, УЗД-апаратами, ендоскопами, матеріалами та обладнанням для виконання морфологічних досліджень із залученням державних коштів, місцевого бюджету та позабюджетних асигнувань.

#### *4. У галузі лікування онкологічних хворих:*

- періодичне поновлення стандартів діагностики та лікування онкологічних хворих, для чого за поданням Національного інституту раку створені та затверджені наказом МОЗ України постійно діючі робочі групи;
- матеріально-технічне забезпечення додержання стандартів діагностики та лікування онкологічних хворих: хіміотерапевтичними препаратами, радіофармацевтичними препаратами, препаратами супроводу тощо;
- виконання рекомендацій ВООЗ для країн з перехідною економікою щодо виготовлення та використання для лікування онкологічних хворих генеричних форм хіміопрепаратів;

– постійний контроль з боку Національного інституту раку за додержанням стандартів діагностики та лікуванні онкологічних хворих у регіонах України при виїздах комплексних бригад провідних фахівців галузі.

*5. У галузі організації онкологічної допомоги:*

– забезпечення конституційного права онкологічного хворого на отримання ефективного, адекватного спеціального лікування відповідно до затверджених державних стандартів (із застосуванням хірургічного, хіміотерапевтичного та променевого методів), що можливе лише на базі спеціалізованих онкологічних закладів; доведення рівня забезпечення онкологічними ліжками не нижче 123,3 на 1000 первинних хворих;

– впровадження сучасних скринінгових програм для своєчасного виявлення пухлин візуальних локалізацій: раку шийки матки, молочної залози, передміхурової залози та клоректального раку;

– проведення постійного моніторингу рівня ураження населення України ЗН на базі Національного канцер-реєстру з метою визначення пріоритетних напрямків розвитку онкологічної допомоги населенню;

– впровадження сучасних інформаційних технологій для оцінки діяльності онкологічних закладів та визначення ефективності лікування хворих, в якості інтегрального показника запропонувати показник одно- та п'ятирічної виживаності хворих.

*6. У галузі наукових досліджень та підготовки кадрів:*

– при плануванні науково-дослідних робіт пріоритетними вважати дослідження, які спрямовані на вирішення першочергових завдань практичної онкології, вивчення та прогнозування онкоепідеміологічної ситуації в Україні;

– удосконалення навчальних програм та програм підвищення кваліфікації з онкології працівників лікувально-профілактичних закладів, лікарів загальної практики, сімейних лікарів, медичних працівників амбулаторно-поліклінічних закладів, які надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу.

Перелічені проблеми свідчать про нагальну необхідність реформування медичної допомоги населенню, у т.ч. хворим на рак, для чого необхідно об'єднати зусилля не тільки онкологічних, але й усіх лікувально-профілактичних закладів, установ та закладів галузей фінансів та економіки, науки, освіти, культури, засобів масової інформації. Управління системою онкологічної допомоги має максимально використовувати вітчизняний досвід, набутий охороною здоров'я України, найкращий міжнародний досвід забезпечення якості медичної допомоги та враховувати загальні рекомендації ВООЗ, зокрема:

– реформи не повинні бути «витратними», тобто потребувати значних коштів для реалізації;

– реформи не повинні супроводжуватись «докорінною» руйнацією існуючої системи охорони здоров'я і створенням нових структур, оскільки – це витратно;

– необхідно проводити поступову реформацію системи шляхом «еволюції», а не «революції»;

– при економічній нестабільності та фінансовому дефіциті особливо небезпечно копіювати «чужі» моделі та тактико-стратегічні підходи до реорганізації.

У центрі будь яких реформ в галузі охорони здоров'я повинні бути інтереси хворого з додержанням принципів необхідності й достатності заходів лікування, рівних можливостей отримання онкологічної допомоги, гуманності, добровільності, доступності та відповідності сучасному рівню наукових знань.

## 8. ХАРАКТЕРИСТИКА ІНФОРМАТИЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЕЛЕКТРОННОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Державна політика в Україні щодо інформатизації системи охорони здоров'я, а також впровадження новітніх інформаційних технологій (телемедицини, дистанційного навчання тощо) спрямована на ліквідацію відставання у цій сфері від передових світових держав і прискорення входження в інформаційний простір міжнародного співтовариства з метою підняття на сучасний рівень управління охороною здоров'я, практичної медицини, медичної освіти і науки.

Для України актуальними є питання розробки стратегії формування та подальшого вдосконалення відомчої інформаційної системи відповідно до вимог єдиного інформаційного простору країни. У рамках виконання проектів інформатизації охорони здоров'я, у т.ч. існуючих регіональних програм інформатизації галузі за останні роки зроблені істотні кроки з покращення комп'ютерного забезпечення закладів охорони здоров'я (в першу чергу обласного та районного рівнів), підключення їх до мережі Інтернет; створення корпоративної мережі обміну інформацією між установами та медичними закладами на основі електронної пошти; створення локальних мереж у медичних закладах; розвитку та підтримки функціонування медичних веб-сайтів; розвитку інформаційних технологій клінічної та навчальної спрямованості; впровадження автоматизованих робочих місць медичних працівників, медико-статистичних систем, систем типу «Стаціонар» або «Поліклініка» зі створенням персоніфікованих баз даних; впровадження сучасних телекомунікаційних систем та телемедичних технологій; підвищення ефективності та якості всіх видів робіт, пов'язаних зі збором, обробкою, збереженням і поданням медико-статистичної інформації для підвищення оперативності і якості прийняття управлінських рішень.

Проте головна увага приділяється переважно покращенню матеріально-технічної бази органів управління охороною здоров'я та закладів вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги, що полегшує працю окремих фахівців (переважно з адміністративних та фінансових служб, служби статистики), але не дає значущого ефекту як для закладу, так і для галузі в цілому.

Причому значною (близько 50%) є частка морально застарілих комп'ютерів, що унеможливує впровадження повною мірою сучасних програмних продуктів, які розраховані на більш потужне устаткування. Це призводить до низького рівня використання лікувально-діагностичних інформаційних систем, їх недостатньої якості та ізольованості, відсутності на галузевому рівні цілісної системи збору, обміну та аналізу інформації.

Намітилася тенденція виокремлення інформаційного забезпечення в самостійні системи, які не пов'язані методологічно між собою і функціонують ізольовано через неузгодженість у підходах до кодування інформації, застосування програмного забезпечення. Інформація, що накопичується в таких базах даних, практично не використовується в процесі прийняття управлінських та лікарських рішень, не дає можливості оцінити якість надання медичної допомоги, діяльність територіальних медичних служб і лікувально-профілактичних закладів.

Відсутні належні нормативні документи, що регламентують використання комп'ютерних систем у сфері електронного документообігу, захисту інформації, сертифікації програмних засобів, стандартів передання даних та інформаційного обміну.

Повільно розвивається інформаційно-телекомунікаційна інфраструктура галузі. У таких умовах створення єдиного медичного інформаційного простору неможливе.

Для проведення комплексної інформатизації галузі охорони здоров'я необхідна реалізація актуальних задач організаційного, методичного, технологічного і правового забезпечення процесу інформатизації. Поетапне виконання зазначених задач забезпечить:

- підвищення ефективності медичного обслуговування, якості надання медичної допомоги та зниження рівня загальної захворюваності за рахунок впровадження сучасних лікувально-діагностичних медичних інформаційних систем та комплексних інформаційних систем охорони здоров'я;
- підвищення доступності консультативної спеціалізованої медичної допомоги для населення, яке проживає у віддалених і важкодоступних місцевостях за рахунок впровадження телемедичних методів надання медичної допомоги;
- прискорення впровадження в практику нових методів діагностики і лікування, які використовують новітні інформаційні медичні технології;
- впровадження доказової медицини за рахунок забезпечення вільного та оперативного доступу до інформації про світові досягнення медичної науки та практики;
- поліпшення управління системою охорони здоров'я, включаючи контроль за захворюваністю за рахунок впровадження комплексних інформаційно-аналітичних систем;
- поліпшення здоров'я населення внаслідок оптимізації стану довкілля за рахунок впровадження систем соціально-гігієнічного моніторингу;
- зменшення витрат на управління галуззю за рахунок скорочення часу на збір, передання та обробку інформації на всіх рівнях управління;
- вдосконалення документообігу, управління потоками пацієнтів та підвищення достовірності, валідності, релевантності й пертинентності медичної інформації;
- спрощення процесів обробки та аналізу медичної інформації за рахунок створення єдиної системи її кодування;
- сприяння впровадженню медичного страхування за рахунок комплексної інформатизації лікувально-профілактичних закладів з автоматизованим підрахунком витрат на утримання та лікування хворих;
- поліпшення доступності інформації з різноманітних проблем медицини й охорони здоров'я шляхом створення відповідних баз даних;
- підвищення якості медичної освіти за рахунок удосконалення системи підготовки і підвищення кваліфікації медичних працівників на основі новітніх інформаційних технологій та сучасних технологій навчання;
- підвищення рівня міжнародної співпраці в галузі охорони здоров'я за рахунок інтеграції у міжнародні медичні мережі.

### **8.1. Регіональний розвиток інформатизації охорони здоров'я та впровадження телемедичних технологій**

У Житомирському обласному медичному консультативно-діагностичному центрі проведена повна автоматизація всіх робочих місць: з автоматизованої реєстратури до робочого місця лікаря та адміністратора. Тут нараховується близько 150 персональних комп'ютерів, проводиться автоматизована аналітична обробка всієї інформації: статистична

звітність, фінансово-економічна діяльність, документообіг тощо. Створена і постійно поповнюється локальна електронна бібліотека. Крім того, в автоматизованому режимі ведеться моніторинг за хворими із встановленими штучними водіями ритму, за прооперованими хворими із приводу захворювань щитоподібної залози, за хворими із судомними станами, з патологією шийки матки, з ожирінням тощо. Накопичена база даних про стан здоров'я понад 500 тисяч пацієнтів. Діагностичний центр підключено до мережі Інтернет з цілодобовим доступом та оформлено web-сторінку [www.omdc.zhitomir.ua](http://www.omdc.zhitomir.ua).

У 2011 р. на базі центру проведено п'ять телеконсультацій хворих неврологічного, алергологічного, нефрологічного профілю із лікарями НДСЛ «ОХМАТДИТ» та Державного клінічного науково-практичного центру телемедицини МОЗ України та чотири телеконференції. Також проведено один сеанс дистанційного навчання на сайті МедПросвіта для лікарів-неонатологів.

Лікарями-кардіологами КУОМКДЦ проведена консультація пацієнта із Малинської ЦРЛ. У 2012 р. лікарями кардіодиспансерного відділення проведено 7 телеконсультацій: 6 – Малинська ЦРЛ, 1 – Бердичівська ЦМЛ. Крім того, у Малинському міськрайТМО проведена 1 телеконсультація з центром хірургії серця. Проведено три телеконференції для фельдшерів ФАП та ФП Малинського району з питань профілактики та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань фахівцями обласного медичного консультативно-діагностичного центру. У 2014 р. лікарями-кардіологами КУОМКДЦ проведена одна телеконсультація пацієнта із Малинського ТМО. У 2015 р. лікарями кардіодиспансерного відділення обласного медичного консультативно-діагностичного центру проведено 7 телеконсультацій хворих: 3 – з Малинського міськрайТМО 2 – з Малинського міськрайЦПМСД та 2 – з ЦМЛ м. Бердичева.

У 2012 р. підписаний договір про співпрацю між обласною клінічною дитячою лікарнею та Благодійною фундацією «Відкриті серця України» щодо партнерства у проєкті «Національна телемедична мережа», який стартував в Україні в березні 2012 р.

Із січня 2012 р. лікарями клініко-діагностичної лабораторії впроваджено web-консультування цитологічних препаратів пунктатів щитовидної залози та інших поверхнево розташованих органів із лікарями-цитологами Інституту ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України. За 2012 р. проведено 14 консультацій, у 2013 р. проведено 10 телеконсультацій препаратів пунктату щитовидної залози, у 2014 р. – 7 консультацій препаратів пунктату щитовидної залози.

У 2015 р. клініко-діагностичній лабораторії продовжують проводити телеконсультації препаратів пунктату щитовидної залози та інших поверхнево розташованих органів із лікарями-цитологами Інституту ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України. За рік проведено 8 консультацій пунктату щитовидної залози.

25.03.2015 р. обласним позаштатним невропатологом, к.мед.н. Герасимчук Н.Л. за допомогою програми Skype проведено навчання лікарів Малинського ТМО на тему: «Невідкладні стани в неврології»

У 2015 р. лікарями обласної клінічної лікарні за допомогою системи відеоконференцз'язку проведено 4 консультації хворих із фахівцями Національного інституту серця.

У 2015 р. на базі обласної клінічної лікарні проведено відеоконференцію з ІТ-фахівцями МОЗ України по розробці нового Національного реєстру хворих на цукровий діабет.

На базі поліклініки №2 КУ ЦМЛ №1 м. Житомира з грудня 2014 р. було запроваджено інформаційну систему «Поліклініка», кінцева мета якої – створення електронної медичної карти та уникнення черг під кабінетами лікарів. Автоматизовано програму «Сімейний лікар». Автоматизовано: реєстратуру, інформацію про персонал медичного закладу, інформацію про пацієнта, web-доступ до електронної черги пацієнтів до лікарів медичного закладу. Програма передбачає можливість реєстрації та запису на прийом до лікаря через мережу Інтернет на сайті поліклініки Clinica2.munis.com.ua.

«Електронна медична карта пацієнта» – це основний компонент інформаційної системи «Поліклініка», де зберігається вся інформація про пацієнта – реєстраційні дані, антропометричні виміри, лабораторні та інструментальні обстеження, результати огляду лікаря. Правильність і повнота введення інформації контролюється автоматично під час формування медичного документу. Спеціально створена програма є зручною як для пацієнтів, так і для самих медичних працівників, адже суттєво спрощує процедуру від запису до лікаря до відстеження історії хвороби та роботи медпрацівників.

Використання інформаційних технологій в охороні здоров'я Запорізької області відбувається, переважно, для надання телемедичних консультацій та ведення реєстрів. Так, Веселівська ЦРЛ використовує програму Skype для надання телемедичних консультацій. Телемедичну допомогу надають Запорізький державний медичний університет, Запорізька медична академія післядипломної освіти.

Обласним центром з профілактики та боротьби зі СНІДом у 2015 р. здійснено консультацію по Skype з клінікою Інстуту Громашевського з питань лікування вісцерального лейшманіозу – 1 випадок.

У режимі он-лайн проводяться консультації з фахівцями ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України» щодо складних випадків перебігу захворювань пацієнтів, призначення або заміни схеми АРТ у хворих в особливих випадках. У 2015 р. лікарем-інфекціоністом було проконсультовано 2 хворих з питань обґрунтування заміни схеми АРТ.

Інформаційні технології в охороні здоров'я області впроваджено в медичній статистиці; в створенні реєстрів ендокринологічних, онкологічних та ВІЛ-інфікованих пацієнтів; забезпеченні лікарськими препаратами; в лікувально-діагностичному процесі.

Функціонує eTV-менеджер (реєстрація, ведення випадку, препарати). У ТМО Михайлівського району застосовуються інформаційно-телекомунікаційні технології при рентгенологічному та флюорографічному обстеженні пацієнтів, УЗД, ЕКГ-обстеженнях.

На базі Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні в 2012 р. створено Регіональний методично-організаційний моніторинговий центр з телемедичними консультаціями. На базі центру організовано кабінет телемедицини, придбано нове обладнання та укомплектовано штатними посадами. Даний заклад є методичним центром для закладів області і надає консультації керівникам щодо питань створення телемедичних центрів.

Робота телемедичного центру обласної дитячої клінічної лікарні впродовж останніх 4-х років є зразком організації телемедичних центрів. За період 2015 р. проведено:

– 13 відеолекцій провідними спеціалістами МОЗ України, в яких взяли участь 195 лікарів ОДКЛ;

- 4 відеолекції спеціалістами кафедри педіатрії Івано-Франківського державного медичного інституту для лікарів районних лікувально-профілактичних закладів області;
- консультування 16 дітей з ендокринною патологією головним спеціалістом МОЗ України з дитячої ендокринології д.мед.н. професором Н.Б. Зелінською;
- консультування в реальному часі 61 дитини з вродженими вадами серця спеціалістами Науково-практичного медичного центру кардіології та кардіохірургії.

Щорічно телемедичним центром обласної дитячої клінічної лікарні консультується 60–80 хворих з клініками Києва, а також консультуються хворі діти в районах області в режимі он-лайн.

В обласній клінічній інфекційній лікарні телемедичний центр функціонує з 2014 р. Впродовж 2015 р. проведено 10 консультацій з профільними інститутами, надавались консультації районам області, розпочато міжнародне співробітництво з використанням телемедичних технологій.

Обласний фтизіопульмонологічний центр співпрацює з профільними інститутами, в 2015 р. здійснено 18 телемедичних консультацій, надаються телемедичні послуги районам області.

В обласній клінічній лікарні створення телемедичного центру на стадії завершення. На даний час забезпечений медійний зв'язок під час консилярних обходів у хірургічних відділеннях з подальшою трансляцією на переривистих курсах та лікарських конференціях. Встановлений відеозв'язок з операційних хірургічного та травматологічного відділень у режимі он-лайн з можливістю трансляції як по локальній мережі, так і в Інтернеті, що дало можливість профільним кафедрам забезпечити навчальний процес.

У центральній міській клінічній лікарні м. Івано-Франківська створено телемедичний центр, проводяться відеоконференції із закладами міста, проведено дві відеоконференції з клініками Польщі, налагоджена співпраця з клінікою Відня. Налагоджене консультування на дому в режимі он-лайн спеціалістів з питань рентгенології. у т.ч. комп'ютерної томографії. Функціонує телемедичний центр і в Бурштинській ЦМЛ.

Мережа Інтернет-зв'язку для телемедицини створена в 16 центральних районних лікарнях, обласному перинатальному центрі, пологовому будинку м. Івано-Франківська та обласній дитячій лікарні, зокрема це пологові відділення, дитячі реанімаційні відділення, які працювали на умовах українсько-швейцарського проекту. На даний час існують певні проблеми в роботі сервера, який знаходиться в Донецьку – робота призупинена.

В області продовжується робота щодо застосування телемедичних технологій. У 2016 р. буде створений телемедичний центр в обласному онкодиспансері.

Для подальшого розвитку і впровадження телемедичних технологій необхідно передбачити цільові кошти в бюджеті, оскільки створення повноцінних центрів вимагає великих фінансових затрат.

На рівні області працюють наступні інформаційні системи та бази даних:

- Програма «Медичні кадри»;
- Реєстр лікарняних листків непрацездатності;
- Національний реєстр України (Чорнобиль);
- Реєстр онкологічних хворих;
- Програма «Скринінг патології шийки матки»;
- Державний реєстр хворих на цукровий діабет, які отримують інсуліни «Мінідіаб»;



- Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок та пацієнтів з гострим пошкодженням нирок «NKCDL»;
- Реєстр хворих на туберкульоз «Manager»;
- ППС «Укрмедсофт: Стаціонар»;
- ППС «Укрмедсофт: Поліклініка».

Передбачається в 2016 р. запровадити наступні програмні продукти:

- в обласному онкологічному диспансері заплановано інформатизацію роботи поліклініки (реєстр пацієнтів, електронна амбулаторна карточка);
- облікову медичну систему «Мольфар» щодо екстреної і швидкої медичної допомоги;
- систему управління та аналізу у сфері обігу наркотиків «УСУАН», рекомендовану Держслужбою з контролю за наркотиками.

У м. Івано-Франківську функціонує локальна інформаційна оптично-волоконна мережа, що об'єднує всі 10 міських закладів охорони здоров'я (лікарні, поліклініки, пологовий будинок) та станцію швидкої медичної допомоги.

З 2005 р. у Кіровоградській області використовується медична діагностична система «Тредекс»: на базі комунального закладу «Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер» – в експлуатації з 2005 р., на базі Знам'янської ЦРЛ – в експлуатації з 2006 р. Із жовтня 2012 р. телекомунікаційна система діє в усіх лікувально-профілактичних закладах області.

За рахунок субвенції з державного бюджету закуплено обладнання на загальну суму 1393,1 тис. грн: придбано комплекс медичний, діагностичний, телеметричний, транселефонний «Тредекс» – у складі 13 приймальних станцій і 89 ЕКГ-передавачів. Інсталяція комплексів з приймальними станціями проведена в кінці жовтня 2012 р. у комунальному закладі «Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер», КЗ «КМЛШМД», МК ЗОЗ – МЛ №1 м. Олександрії і 10 центральних районних лікарнях. 11 центральних районних лікарень передають електрокардіограми безпосередньо в обласний кардіологічний диспансер.

ЕКГ-передавачами оснащені бригади швидкої медичної допомоги м. Кіровограда, Олександрії, Знам'янки, Світловодська та усі центральні районні лікарні. Проводиться організаційна робота по ефективному використанню цієї системи, в 2016 р. планується передача окремих периферійних пристроїв з ЦРЛ на ШМД.

Транселефонна передача ЕКГ та консультації з ЗОЗ області в комунальний заклад «Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер» – за 2015 р. передано 1385 ЕКГ; передача ЕКГ по телемедичній системі «Тредекс» в межах районів області, які мають приймальну станцію – за 2015 р. передано 3712 ЕКГ. Усього за рік по області проконсультовано 5097 ЕКГ, з них при наданні швидкої медичної допомоги – 3842 ЕКГ (76%).

Згідно з наказом МОЗ України від 19.10.2015 №681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» на базі КЗ «Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер» створено кабінет телемедицини з метою забезпечення надання якісної, своєчасної, консультативної медичної допомоги кардіологічним пацієнтам із застосуванням телемедицини, коли відстань є критичним чинником для її надання. Ведеться цілодобовий прийом ЕКГ по системі «Тредекс» лікарями-

кардіологами, що надає змогу більш фахово надавати консультативну допомогу кардіологічним хворим.

У КЗ «Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер» налагоджена система он-лайн з НДІ серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова для консультацій хворих із серцево-судинними захворюваннями.

У КЗ «Кіровоградська обласна лікарня» встановлено обладнання, яке використовується для телемедицини: відеотермінал QDX 6000 1 шт.; інсталяційний сервіс для QDX 6000 Series 1 шт.; маршрутизатор Cisco CISCO1921-SEC/K9 1 шт.; мобільна стійка для ТВ-панелі 1 шт.

Для надання телемедичної допомоги область співпрацює з Інститутом педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України. Кількість отриманих телемедичних консультацій у 2012 р. – 3, у 2013 р. – 14, у 2014 р. – 25. Протягом 2015 р. проконсультовано 25 вагітних та 37 новонароджених, проведено 15 телемостів з лікувально-профілактичними закладами області, під час яких проконсультовано 18 вагітних.

З метою конструктивної співпраці та налагодження системи оперативної координації діяльності щодо реалізації завдань та заходів Загальнодержавної програми протидії туберкульозу, на національному та регіональному рівнях запроваджено проведення щомісячних скайп-нарад, на яких розглядаються питання щодо стану реалізації державної політики у сфері протидії туберкульозу в регіонах; проводяться консилиуми в он-лайн-режимі з розбору клінічно важких та мультирезистентних випадків туберкульозу на національному рівні.

В області створені і функціонують електронні бази даних:

- Облік медичних кадрів в області;
- Бухгалтерський облік;
- Національний реєстр осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС;
- Державний реєстр хворих на цукровий діабет «СиНаДіаб»;
- «Облік вагітних області»;
- Канцер-реєстр онкологічних хворих;
- Комп'ютерна цитологічна програма «Скринінг патології шийки матки»;
- Електронний реєстр хворих на туберкульоз.

У Львівській області упродовж 2015 р. наступні заклади охорони здоров'я надавали телемедичні послуги пацієнтам:

- Львівський обласний державний клінічний лікувально-діагностичний кардіологічний центр;
- Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр;
- Львівська лікарня швидкої медичної допомоги;
- Львівська комунальна міська дитяча клінічна лікарня;
- Львівська комунальна 8 міська клінічна лікарня;
- Львівський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;
- Дрогобицька міська лікарня №1;
- Миколаївська центральна районна лікарня;
- Старосамбірська центральна районна лікарня;
- Турківська центральна районна лікарня.

Усі ці заклади мають відповідне комп'ютерне забезпечення та спеціальне медичне обладнання, що може бути використане для проведення чи отримання дистанційних консультацій. Ці заклади також мають доступ до мережі Інтернет.

Найактивнішим у наданні телемедичних консультацій у 2015 р. був обласний державний клінічний лікувально-діагностичний кардіологічний центр, яким надано 499 таких консультацій.

У Львівському державному онкологічному регіональному лікувально-діагностичному центрі встановлено обладнання для роботи захищеної багатоточкової системи телеконференцій (ЗБСТ). Для трансляції використовуються веб-камери Logitech та система телезв'язку Radvision. Зображення транслюється за допомогою проектора на екран та телепанелі Panasonic. Регулярно проводяться трансляції конференцій за допомогою ЗБСТ (у т.ч. згідно повідомлень ЛОМІАЦ). Працює чотири робочі станції (кабінет ендоскопії, комп'ютерна томографія, кабінет УЗД, відділення пухлин голови та шиї), що мають Інтернет-зв'язок. Лікарі зареєстровані на Порталі телемедицини (esemi.org). Активно використовується для консультацій КТ-обстежень.

У Львівському обласному державному клінічному лікувально-діагностичному кардіологічному центрі використовується електронно-обчислювальна машина з блоком базовим прийомним, радіотелефоном, підсилювачем-передатчиком ЕКГ.

Лікарня швидкої медичної допомоги працює із системою Radvision Scopia XT4200. Телемедичні консультації проводяться з Інститутом нейрохірургії імені акад. Рамаданова, Бурштинською міською лікарнею, здійснюється перегляд різноманітних навчальних вебінарів. Кількість проведених сеансів зв'язку за 2015 р. – 61.

Рішенням Львівської обласної ради від 17.04.2007 №275 було затверджено «Регіональну програму забезпечення кваліфікованої медичної допомоги, що надається засобами телетехнологій (далі – телемедицини) на 2007–2011 роки». У 2007 р. були проведені початкові роботи першого етапу щодо встановлення апаратно-програмного комплексу Центрального інформаційного вузла при Львівському обласному центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф відповідно до цієї програми. Таким чином, Львівський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф було визначено ключовим (головним) закладом у впровадженні телемедичних послуг в області. Створена мережа телемедицини закладів охорони здоров'я області має наступний вигляд (рис. 8.1.1).

Таким чином, телемедична мережа структурно складається з Регіонального телемедичного консультаційного центру (РТМЦ) та телемедичних консультаційних центрів (ТМЦ), між якими засобами інформаційних мереж здійснюється обмін медичною інформацією з метою надання кваліфікованої медичної консультаційної допомоги на відстані.

Регіональний телемедичний консультаційний центр створений у м. Львові на базі обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Телемедичні консультаційні центри створені на базі обласних, міських та районних стаціонарних лікувально-профілактичних медичних установ.

Регіональний телемедичний консультаційний центр здійснює координацію та диспетчеризацію роботи телемедичних консультаційних центрів регіону. РТМЦ отримує виклики на консультацію, вибирає консультанта серед лікувальних установ області залежно від нозології, переадресовує їм медичні дані пацієнтів, контролює надання-отримання

висновків від консультантів, веде облік та аналіз ефективності діяльності по телеконсультуванню.



Рис. 8.1.1. Телемедична мережа закладів охорони здоров'я Львівської області

Телемедичні термінали для передачі (прийому) сигналу встановлено у таких медичних закладах області: Буська ЦРЛ, Бродівська ЦРЛ, Городоцька ЦРЛ, Дрогобицька МЛ №1, Золочівська ЦРЛ, Жидачівська ЦРЛ, Самбірська ЦРЛ, Старосамбірська ЦРЛ, Стрийська ЦРЛ, Сколівська ЦРЛ, Новояворівська РЛ №1, Миколаївська ЦРЛ, Мостиська ЦРЛ, Радехівська ЦРЛ, Трускавецька МЛ, Турківська ЦРЛ, Червоноградська МЛ.

З усіма вказаними районами та містами обласним центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф проводилися додаткові налаштування апаратури, підготовка персоналу, тестові консультації та відеоконференції.

Кількість медичних послуг, наданих за допомогою ІКТ, зросла з 176 у 2011 р. до 593 у 2015 р. Найбільший приріст відбувся за рахунок обласного державного кардіологічного центру, де за останніх три роки кількість наданих телемедичних консультацій зросла до 499. Телемедичні послуги в основному включають в себе питання діагностики та лікування хворих. Крім кардіоцентру, телемедичними діагностично-консультаційними послугами охоплювались заклади охорони здоров'я міст Дрогобича, Трускавця, Червонограда, Буського, Золочівського, Сколівського, Старосамбірського та Турківського районів.

У комунальній міській дитячій клінічній лікарні м. Львова встановлено групову систему SCOPIA XT4200 (камери з додатковим обладнанням для телемедицини). Нараховується 10 точок телемедичного зв'язку: з них сім – в операційних залах та дві – у відділеннях інтенсивної терапії, в т.ч. для новонароджених, а також у конференційному залі, що дає можливість відеотранслявання оперативного втручання та навчання молодих спеціалістів. Налагоджено співпрацю з нейрохірургами клініки Sick Kids м. Торонто (Канада), в рамках якого на базі МДКЛ проводяться майстер-класи та консультація дітей з

важкою нейрохірургічною патологією; дитячою лікарнею м. Сент-Луїс (США); клінікою дитячої отоларингології Медичного університету в м Білосток (Польща); клінікою дитячої хірургії вроджених вад і трансплантації Центру здоров'я дитини м. Варшави (Польща); відділенням дитячої хірургії Клініки Сент-Люк м. Брюссель (Бельгія).

Комунальна 8-а міська клінічна лікарня має кабінет телемедицини з телемедичним комплексом на базі робочої станції Intel Core i7, веб-камери D-LINK DCS-3112 зі статичною зовнішньою IP-адресою. За 2015 р. проведено три телемедичні консультації з опіковим центром м. Бостона США.

У Миколаївській області впродовж 2015 р. швидкість підключення для обміну даними з медичними закладами області поліпшено, що надало змогу якісного використання системи ЗБСТ як основи для подальшого впровадження телекомунікаційних технологій у медицині. Проте повне впровадження системи призупинено, у зв'язку з недостатнім фінансуванням.

В області впроваджена і працює інформаційно-аналітична система та використовуються програми «Медстат», «Кадри», «Національний реєстр України список-талон», «Лікарняний канцер – реєстр», «Популяційний канцер – реєстр», «Всеукраїнський реєстр хворих на туберкульоз».

Поступово здійснюється перехід на електронний документообіг.

Подальше розгортання інформаційно-телекомунікаційних технологій, у т.ч. створення електронного реєстру пацієнтів та запровадження програм з обчислення вартості надання медичної послуги для лікування та обслуговування хворих, загальмоване правовим вакуумом в даній сфері, проте технічне підґрунтя для таких послуг поступово створюється.

У Рівненській обласній клінічній лікарні функціонують наступні програми: «Стаціонар» (власна розробка); підсистеми програми «Стаціонар» – програма «Ліжковий фонд» та АРМ «Статистика» (власні розробки); програма «Облік ургентної допомоги» (власна розробка); «Облік переливання крові»; «Облік продуктів» (власна розробка); «Аптека» (власна розробка). Впроваджена програма «МедСтат» (2 робочі місця). Автоматизовані бухгалтерія (програма «Парус») та відділ кадрів (програма «Медичні кадри України»). Введена в дію програма-реєстр «Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок».

Із 2013 р. впроваджено інформаційно-аналітичну систему медико-технічних ресурсів – для забезпечення моніторингу медико-технічних ресурсів та їх технічного стану у закладі, а також виявлення потреб КЗ РОКЛІ у цих ресурсах.

За звітний період збільшилась кількість підключень комп'ютерів до мережі Інтернет.

Розпочато роботу із впровадження АМІС в КЗ «Рівненська обласна дитяча лікарня».

Планується впровадження в облонкодиспансері програми «Стаціонарний канцер-реєстр» для забезпечення безперервності та комплексності у процесі надання спеціалізованої онкологічної допомоги в облонкодиспансері.

У рамках реалізації спільного зі Світовим банком проекту МОЗ України «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей», наказом МОЗ України від 17.03.2015 №150 Рівненський обласний онкологічний диспансер затверджений одним з пілотних для впровадження нового механізму фінансування закладів охорони здоров'я на основі діагностично-споріднених груп, що передбачає введення обліково-обчислювального програмного забезпечення з функцією централізованого серверного збереження результатів.

Протягом звітного періоду КЗ «Рівненська обласна дитяча лікарня» брав участь в 10 телемедичних конференціях за участі медичних фахівців та пацієнтів лікарні.

В Обласному перинатальному центрі функціонує комп'ютерна мережа по всіх відділеннях і кабінетах лікарів. Також є можливість проведення телемедичної консультації з операційних блоків. При проведенні консультації використовується ноутбук, веб-камера, колонки. Здійснюються консультації лікарів-акушерів-гінекологів по окремих випадках патології з ШАГ. Постійно проводяться консультації лікарів-неонатологів з питань уточнення діагнозу та проведення дистанційного лікування з подальшим контролем стану пацієнта з Центром хірургії серця та ШАГ.

Онкологічний диспансер: закритий канал передачі медичної інформації, мультимедійне обладнання та обладнання для відеоконференцзв'язку:

1. Трансляції унікальних операцій з операційних для навчання своїх співробітників та співробітників інших установ.

2. Проведення он-лайн консультацій пацієнтам, консиліумів.

3. Проведення телеконференцій.

4. Обмін інформацією у фундаментальних дослідженнях та діагностичними даними інших медичних закладів для дотримання схем надання спеціалізованої онкологічної допомоги.

Постійно ведеться впровадження інформаційно-телекомунікаційних технологій у Рівненській області. У закладах охорони здоров'я використовується ЗБСТ.

За участі адміністрації облонкодиспансеру та фахівців Управління охорони здоров'я облдержадміністрації проводяться заходи щодо розвитку співробітництва на основі використання інформаційних технологій в медицині. Фахівці-онкологи області беруть участь у міжнародних виставках, конференціях з питань впровадження сучасних технологій, у т.ч. й інформаційних, в систему надання спеціалізованої онкологічної допомоги та в обміні досвідом із міжнародними медичними науковими установами та організаціями з питань надання онкологічної допомоги відповідно до європейських стандартів (Білорусь, Республіка Польща, Англія, Іспанія, Італія тощо).

З метою забезпечення своєчасного виявлення та уточнення діагностичного виникнення гострих серцево-судинних захворювань, невідкладних консультацій стану пацієнта за допомогою засобів телемедицини у Харківській області впродовж 2012–2015 рр. для центральних районних лікарень, шляхом передачі цільових субвенцій з обласного бюджету Харківської області районному бюджету Харківської області, були придбані транселефонні цифрові 12-канальні ЕКГ-комплекси «Телекард». Устаткування призначене для знімання та передачі ЕКГ будь-якими каналами зв'язку, зокрема стандартними телефонними лініями, мобільними каналами зв'язку, каналами радіозв'язку будь-якого діапазону і телефонними каналами стандарту DECT. Забезпечує передачу 12-канальної електрокардіограми цифрової якості тривалістю 15 секунд із периферійного пристрою на віддалений приймальний дистанційно-діагностичний центр (ДДЦ) з подальшою консультацією фахівця в режимі одного телефонного дзвінка.

Комплекс використовує цифрову передачу сигналу по акустичному каналу, що забезпечує гарантовано високу якість ЕКГ і дозволяє вести професійну діагностику будь-яких кардіологічних захворювань (ІХС, ГІМ, аритмії різної етіології тощо).

З метою створення системи навігаційного моніторингу, контролю та зв'язку, для всієї служби швидкої медичної допомоги Харківської області та служби медицини катастроф Науково-дослідним інститутом радіотехнічних вимірювань «Радмир» для Обласної клінічної

лікарні – центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф розроблена та впроваджена «Дистанційна система автоматизованого обслуговування викликів служби швидкої та невідкладної медичної допомоги Харківської області». Ця система є запатентованою вітчизняної авторською розробкою, в якій брали участь Департамент охорони здоров'я та соціальних питань Харківської міськради, співробітники Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги імені О.І Мещанінова, кафедри медицини невідкладних станів та медицини катастроф Харківської медичної академії післядипломної освіти і компанії «Ескейп», яка спеціалізується на медичних інформаційних системах. Система повністю задіяна у регіоні.

Загалом у 2015 р. з використанням мережі Інтернет було надано 621 395 медичних послуг та консультацій.

Департамент охорони здоров'я Харківської облдержадміністрації та Харківський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики, відповідно до заяв, підключені до інформаційно-телекомунікаційній системи МОЗ України HealthNet за допомогою якої були внесені дані щодо наявності та отримання лікарських засобів та виробів медичного призначення за державними цільовими програмами та заходами програмного характеру згідно з наказом МОЗ України від 12.10.2012 №806 «Про функціонування інформаційно-аналітичної системи МОЗ України щодо моніторингу забезпеченості регіонів лікарськими засобами, виробами медичного призначення, медичним обладнанням».

На виконання наказу МОЗ України від 20.11.2012 №933 «Про заходи щодо запровадження автоматизованої інформаційно-аналітичної системи ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я» усі заклади охорони здоров'я Харківської області отримали доступ до цієї системи та в он-лайн режимі впродовж року вносили інформацію до бази даних.

Активно залучаються послуги приватних компаній для постачання програмного забезпечення з бухгалтерського обліку (Medoc), а також для технічного обслуговування комп'ютерної техніки. Фінансування на ці цілі здебільшого забезпечується бюджетами лікарень.

З метою сприяння розвитку українсько-німецьких відносин у сфері охорони здоров'я, управління проектами технічної допомоги за ініціативи Харківського національного медичного університету, Асоціації неонатологів України, Німецького центру бізнесу та туризму, Центру променевої діагностики, юридичної фірми ILF та за сприяння Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації у 2014 р. створено Українсько-німецьку медичну асоціацію (УНМА).

У рамках проведення тижнів Німеччини, подальшого розвитку українсько-німецького співробітництва, об'єднання зусиль у вирішенні пріоритетних питань системи охорони здоров'я 30 вересня 2015 р. керівництво Департаменту, закладів охорони здоров'я, представники медичної громадськості області, у т.ч. члени Українсько-німецької медичної асоціації, взяли участь в організації і роботі медичної конференції «Міжнародне партнерство як каталізатор імплементації медичної реформи у Харківському регіоні».

Процес інформатизації охорони здоров'я Харківської області виявив ряд проблемних питань:

– питання розвитку інформатизації охорони здоров'я може бути вирішено за умов розробки нормативно-правової бази з питань організації та врегулювання відносин у цій сфері; удосконалення інформаційної інфраструктури галузі (створення інформаційно-

телекомунікаційної мережі охорони здоров'я; запровадження електронного документообігу і електронного підпису; формування інформаційно-аналітичної системи галузі; концентрації науково-технічного потенціалу галузі на основі сучасних високотехнологічних інформаційних технологій, медичних програмних та апаратних засобів; створення системи медичних електронних ресурсів і надання до них доступу для медичних працівників та громадян; реорганізації системи підготовки і перепідготовки медичних працівників на основі сучасних тенденцій розвитку інформаційних технологій і технологій навчання); ефективного міжнародного співробітництва;

– багаторічна робота зі створення автоматизованих систем велася окремими колективами медичних відділів АСУ та ініціативними групами в установах охорони здоров'я без належної участі керівників органів управління та головних спеціалістів з удосконалення управління охороною здоров'я з використанням засобів обчислювальної техніки;

– на жаль, не знайшов широкого застосування при розробці інформаційних систем принцип системного підходу і моделювання. Внаслідок цього намітилася тенденція до виділення інформаційного забезпечення в самостійні системи, методологічно не пов'язані між собою. У галузі не впроваджуються єдині узагальнюючі критерії оцінки здоров'я населення і окремих контингентів через відсутність стандартизації, немає науково обґрунтованих систем оцінки результатів діяльності територіальних медичних служб і ЛПУ, що унеможливорює оптимальне управління і знижує ефект автоматизації процесів управління;

– використовувана комп'ютерна техніка здебільшого не відповідає сучасним вимогам за своїми технічними характеристиками і нестійка в роботі, відсутнє периферійне та мережеве обладнання, охорона здоров'я не забезпечується апаратними засобами зв'язку.

Херсонська дитяча обласна клінічна лікарня, обласна клінічна лікарня, обласні кардіологічний та протитуберкульозний диспансери, обласна психіатрична лікарня проводять телемедичні консультації із застосуванням систем Skype, True Conf.

Протягом 2015 р. Херсонська дитяча обласна клінічна лікарня провела 36 телеконсультацій. З науково-практичним центром дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України у 2011 р. – 38, у 2012 р. – 37, у 2013 р. – 46 консультацій, з генетичним центром «ОХМАТДИТ» у 2011 р. – 3, у 2012 р. – 2, у 2013 р. – 3 консультації. На місцевому рівні, відділення реанімації новонароджених та офтальмології за допомогою Skype проводять консультації хворих.

Херсонським обласним кардіологічним диспансером впроваджена цифрова система передачі ЕКГ «Телекард». За 2011 р. передано із районів області до Херсонського обласного кардіологічного диспансеру 823 ЕКГ, у 2012 р. – 1026 ЕКГ, у 2013 р. – 1171 ЕКГ, у 2015 р. надано 1335 послуг.

Закладами «Центральна міська лікарня міста Нова Каховка» та «Центр первинної медико-санітарної допомоги міста Нова Каховка» у 2015 р. надано 17 телемедичних послуг.

З 2011 р. Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер та всі центральні районні лікарні області були оснащені комп'ютерами, а також підключені до єдиного електронного реєстру хворих на туберкульоз e-TB Manager.

За допомогою Skype Херсонський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом з 2014 р. надав 1155 консультацій для пацієнтів та лікарів.



В КЗ «ХМКЛ імені Є.Є. Карабелеша», впроваджено систему холтерівського моніторингу з дистанційною обробкою результатів.

У КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня імені О.С. Лучанського» з лютого 2016 р. розпочато цілодобове надання телемедичних консультацій лікарями-кардіологами міського Центру серця за допомогою телеметричної станції UNET, яка включає в себе все необхідне спеціальне медичне і телеметричне обладнання. Зв'язок здійснюється через мережу Kyivstar 3G. Представниками фірми проведено навчання з роботи обладнанням чотирьох лікарів блоку інфарктного відділення.

Дитяча обласна клінічна лікарня співпрацює з міжнародною благодійною організацією «ОМНІ мережа для дітей». Проводиться моніторинг немовлят, моніторинг вроджених вад розвитку за міжнародними стандартами та телеконсультації.

У Хмельницькому обласному онкологічному диспансері розгорнуто комплекс обладнання для телемедицини RADVISION (у співпраці з благодійним фондом «Розвиток України»), яка дає можливість відеоспілкування (трансляції засідань, операцій, проведення консультацій, тощо).

На 2016 р. заплановано запровадження телемедичних консультацій із лікарями ЗОЗ вторинного рівня та налагодження системи телемедичних консультацій з Національним інститутом раку. Рішенням медичної ради ХООД призначена відповідальна особа за впровадження та проведення телемедичних консультацій.

Центральна цитологічна лабораторія, яка входить до складу обласного онкодиспансера, підтримує співпрацю з Інститутом ендокринології імені Комісаренка в м. Києві (консультація цитологічних мазків, матеріал для яких отримано під час пункції утворень щитовидної залози), за 2011–2015 рр. проведено 8 консультацій.

У Деражнянській ЦРЛ у 2012 р. для запровадження телемедичних технологій закуплено ноутбук, web-камера, підведений Інтернет (Wi-Fi) в стаціонарне відділення ЦРЛ. У 2014–2015 рр. проведено 5 консультацій по Skype із закладами обласного (третинного) рівня.

Лікарі Деражнянської ЦРЛ зареєстровані на порталі телемедицини [www.i-med.tv](http://www.i-med.tv) та [www.esemi.org](http://www.esemi.org), що дає їм можливість брати участь у відеоконференціях.

У Хмельницькій обласній лікарні у 2010 р. закуплена відповідна апаратура, налагоджена локальна мережа, проведено підключення до швидкісного Інтернет-зв'язку. Спеціалісти обласної лікарні консультуються за допомогою телемедичних технологій з Національним інститутом серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова та Національним інститутом хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова.

В обласній дитячій лікарні проводиться телеконсультування за результатами біологічних рідин, виписок з історій хвороби, світлин з НДІ нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова, НДСЛ «ОХМАТДИТ», НДІ ПАГ.

Надано телемедичних консультацій у 2011 р. – 2, у 2012 р. – 4, у 2013 р. – 3, 2014 р. – 10, 2015 р. – 19.

В обласному центрі екстреної медичної допомоги, до складу якого входять всі підрозділи швидкої медичної допомоги, в кінці 2013 р. придбано 25 ЕКГ «ЮКАРД-100» з функцією телеметричної передачі даних і телеметричний центр UNET-1 на загальну суму 452 тис. грн. У 2014–2015 рр. проведено 493 консультації.

В обласному кардіологічному диспансері, в усіх 20-ти центральних районних лікарнях та 2-х міських лікарнях встановлена система «Телекард».

Кардіодиспансером надається телемедична консультаційна допомога лікарям міських, центральних районних та районних лікарень щодо розшифрування електрокардіограм, корекції медикаментозного лікування у випадках діагностування чи підтвердження гострих та підгострих форм ішемічної хвороби серця. Проведено консультацій: 2011 р. – 354, 2012 р. – 248, 2013 р. – 210, 2014 р. – 137, 2015 р. – 112.

Облтубдиспансеру надає телемедичні консультації ДУ «Український центр контролю за соціально-небезпечними хворобами МОЗ України», у 2015 р. надано п'ять консультацій.

В обласному психоневрологічному диспансері запроваджені телемедичні консультації (Skype, Viber), з використанням відеокамери, у 2015 р. проведено п'ять консультацій. Також проводяться консультації в режимі телефонограми (для учасників АТО та їх родичів).

Впровадження інформаційно-телекомунікаційних технологій в систему охорони здоров'я Хмельницької області, у т.ч. в лікування та обслуговування хворих, забезпечення лікарськими препаратами, консультацію, діагностику тощо, відбувається за наступними напрямками: комп'ютерна обробка рентгенограм (17 закладів), флюорограм (26 закладів), спірограм (19 закладів), ехоелектроенцефалограм (14 закладів), реовазоенцефалограм (15 закладів), ЕКГ-досліджень (22), УЗД-досліджень (24 заклади), лабораторних досліджень (16 закладів), велоергометрій (2). Комп'ютерні томографи функціонують в обласній лікарні, обласному онкодиспансері.

У Черкаській області прийнята Регіональна програма інформатизації сфери охорони здоров'я на 2015–2020 роки, затверджена рішенням сесії Черкаської обласної ради від 16.10.2015 №43-19/VI, яка є реалізацією концепції державної політики інформатизації охорони здоров'я, що є складовою державної політики у сфері інформатизації України. Реалізація даного проекту охоплює всі заклади охорони здоров'я Черкаської області.

На виконання вимог наказу МОЗ України від 26.03.2010 №261 «Про впровадження телемедицини в закладах охорони здоров'я» Департамент охорони здоров'я ЧОД видав наказ від 06.01.2015 №10 «Про впровадження у лікувально-профілактичних закладах області пілотного проекту надання послуг з медичного обслуговування методом телемедицини». Відповідно до наказу було визначено перелік обласних лікувально-профілактичних закладів, на базі яких було створено центри телемедицини та перелік центральних районних лікарень, на базі яких були апробовані сеанси телемедицини. Станом на 31.12.2015 р. закладами охорони здоров'я надано більше 30 телемедичних консультацій за такими спеціальностями: акушерство і гінекологія, урологія, нейрохірургія, кардіологія, ортопедія і травматологія.

Відповідно до наказу МОЗ України від 19.10.2015 №681 про «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я», який передбачає зміну порядку надання телемедичних консультацій, Департамент охорони здоров'я ЧОД продовжує впровадження надання телемедичних консультацій в області.

В ЗОЗ області впроваджено та підтримуються інформаційно-аналітичні, інформаційні системи та бази даних, такі як «Медстат», «Поліклініка», «Стаціонар», «Реєстр Ветеранів війни та учасників АТО», «Національний реєстр України постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС», «Реєстр дітей-інвалідів», «Моніторинг пологів і новонароджених», «Забезпеченість лікарськими засобами та виробами медичного призначення, медичним

обладнанням та автотранспортом за програмами по Черкаській області» (27 державних програм), «УКРВАК», тощо.

У пілотному проекті в 5 ЗОЗ області обласного рівня впроваджена «Інформаційно-аналітична система ЗОЗ», яка дає змогу: створення обласної інформаційно-аналітичної медичної системи інтегрованого збору та обробки інформаційних потоків задекларованих напрямів, обміну статистичними даними для отримання достовірної інформації на всіх рівнях охорони здоров'я, підвищити ефективність планування у системі охорони здоров'я області шляхом моніторингу медичного забезпечення окремих територіальних одиниць та конкретних закладів, у т.ч. підвищення рівня контролю за використанням фінансових та матеріальних ресурсів закладів охорони здоров'я області.

У Чернівецькій області Головним управлінням охорони здоров'я виданий наказ від 02.03.2009 №90 «Про затвердження галузевої програми «Електронна система реєстрації та обміну медичною інформацією між закладами, установами і організаціями системи охорони здоров'я області», згідно якого розроблені заходи щодо впровадження вищезгаданої програми та створено Координаційну Раду та постійно діючу робочу групу. Розроблено комплекс заходів відповідно до потреб щодо впровадження галузевої програми «Електронна система реєстрації та обміну медичною інформацією між закладами, установами і організаціями системи охорони здоров'я області». Постійно проводиться моніторинг стану виконання в області зазначеної програми та її результатів.

З метою покращення обміну медичною інформацією в лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я впроваджується єдина централізована система реєстрації електронних адрес у відповідних зареєстрованих доменах районів області та міста Чернівці. Усі центральні районні лікарні області представлені в мережі Інтернет власними сайтами.

Головним управлінням охорони здоров'я спільно з обласним відділенням фонду соціального страхування розроблено наказ, створено спільну робочу групу з питань впровадження та введення в дослідну експлуатацію Єдиного електронного реєстру листків непрацездатності, запроваджено ведення централізованої реєстрації листків непрацездатності в підпорядкованих лікувально-профілактичних закладах міста Чернівці.

Департаментом охорони здоров'я та цивільного захисту населення спільно з Буковинським державним медичним університетом використовується серверне обладнання, зовнішні канали зв'язку, оптично-волоконні канали (біля 10 км) та локальні мережі закладів охорони здоров'я міста та області. При цьому заклади охорони здоров'я області оснащені обладнанням, необхідним для забезпечення електронної реєстрації та обміну медичною інформацією з іншими ЗОЗ регіону та України.

В області впроваджено інформаційно-телекомунікаційні технології у систему охорони здоров'я, у т.ч. в лікування та обслуговування хворих, забезпечення лікарськими препаратами, консультування:

– здійснюється обмін інформацією про результати лабораторних та інструментальних досліджень між обласною клінічною лікарнею та обласним діагностичним центром;

– використовується телеметричне обладнання «Телекард», яким сполучається обласний кардіологічний диспансер з 10 сільськими адміністративними районами та лікувально-профілактичними закладами м. Чернівці (2015 р. – 465 ЕКГ).

У цілому недоліки в інформатизації охорони здоров'я зводяться до наступних положень:

1. Інформатизація процесу управління охороною здоров'я спрямована переважно на вирішення задач обробки статистичної інформації в системі сформованих показників, що відбиває інтереси командно-адміністративної системи управління.

2. Формування державних і регіональних нормативів на основі клініко-статистичних груп є дуже проблематичним у зв'язку з відсутністю фактичних стандартів у забезпеченні однотипних ЛПУ ресурсами, відмінностями в їх матеріально-технічній базі та неоднорідним рівнем підготовки медичних кадрів.

3. Ігнорування економічних стимулів для медичного персоналу, соціальних і юридичних аспектів, пов'язаних із впровадженням комп'ютерних технологій в медичне середовище, зумовило негативне ставлення медичного персоналу до комп'ютерних технологій. Цими ж причинами обумовлена комп'ютерна неграмотність значної частини медичних працівників.

4. Через відсутність тісного міжгалузевого зв'язку між розробниками проектів і постачальниками комп'ютерної та медичної техніки широке впровадження ефективних комплексних проектів «під ключ» стало практично неможливим. Тому реалізація таких проектів у нашій країні поодинокі, в той час як у розвинених країнах вже понад 50% лікарняних установ широко використовують комп'ютерну техніку, як у медичних технологіях, так і в управлінні.

У системі охорони здоров'я склалася практика неприпустимо тривалого за часом процесу розробки програмних засобів і автоматизованих систем що, найчастіше, призводило (і призводить) до морального застаріння системи до моменту її впровадження, не кажучи про завищення фінансових і кадрових витрат.

## **8.2. Стан, проблемні питання та перспективи електронної охорони здоров'я**

У сучасному світі електронна охорона здоров'я змінює характер надання медичних послуг та є підґрунтям потужних систем охорони здоров'я. На кожному рівні щоденна діяльність у сфері охорони здоров'я опирається на інформацію та комунікацію та все більшою мірою залежить від технологій, що лежать в їх основі. Це однаково притаманно і наданню медичних послуг, і вирішенню кадрових питань та управлінню програмами чи проведенню досліджень.

ВООЗ визначає електронну охорону здоров'я як «комбіноване використання у галузі охорони здоров'я електронних комунікаційних та інформаційних технологій для клінічних, освітніх та адміністративних цілей, як на місці, так і на відстані».

В Україні зараз інформатизація в сфері охорони здоров'я представлена національними та регіональними електронними реєстрами та окремими госпітальними системами. При цьому необхідно зауважити наявність таких проблем, як брак фахівців зі спеціальності «Медична інформатика», відсутність стандартизації та відповідного рівня захисту даних, взаємодії між системами, а також банальної нестачі техніки. Також робота багатьох систем не регламентована нормативними актами.

Умовно можна розділити національні реєстри на реєстри пацієнтів та реєстри, що містять спеціалізовану інформацію (таку, наприклад, як Реєстр лікарських засобів, Медичних закладів, Медичного обладнання тощо). Реєстри ведуться різними ЗОЗ, НДІ, центрами.

Цілі електронної охорони здоров'я мають бути узгодженими із цілями реформи охорони здоров'я в цілому. Основними цілями, які ставить Міністерство, є:

1. Краще регуляторне та інституційне середовище, яке допоможе координувати, стимулювати та інтегрувати розвиток рішень з електронної охорони здоров'я на всіх рівнях.
2. Впровадження сучасних інформаційних систем, які забезпечать кращу інтеграцію та обмін даними.
3. Підтримка фінансових механізмів на основі діагностично-споріднених груп, які нададуть можливість впровадити нову систему фінансування лікарень.
4. Удосконалення професійних навичок лікарів за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій.
5. Запровадження online-сервісів, орієнтованих на пацієнтів та лікарів для організації зручного доступу до інформації можливості віддаленої комунікації.

До проблем насамперед слід віднести відсутність нормативного врегулювання щодо стандартизації інформаційного обміну та взаємодії. Затвердження єдиних протоколів обміну інформацією надасть «зелене світло» процесам розвитку та впровадженню на інвестиційних засадах медичних інформаційних систем.

Зараз МОЗ України спільно зі Світовим Банком розпочато проект, в рамках якого запроваджуються системні підходи як до питань архітектури електронної охорони здоров'я, так і до порядку впровадження стандартів. Цей проект має в якості одного зі своїх компонентів кластер eHealth, в роботу над яким закладено наступні принципи:

1. Децентралізований розвиток – розвиток електронної охорони здоров'я має бути децентралізованим до регіонів та закладів охорони здоров'я. Це має дозволити працювати різними інформаційно-комунікаційним системам у різних закладах охорони здоров'я (і різних регіонах) на основі принципів відкритого ринку, але також має дозволити регіонам взяти на себе відповідальність за власний розвиток електронної охорони здоров'я.

2. Асинхронний розвиток – стратегія реалізації електронної охорони здоров'я в Україні як така має забезпечити розвиток різних систем електронної охорони здоров'я на різній швидкості, асинхронне впровадження різних систем на різних рівнях, яке буде враховувати регіональні розбіжності з точки зору рівнів їх готовності.

3. Координація – децентралізований і асинхронний розвиток не означає некоординований розвиток. Навпаки, він фактично вимагає навіть тіснішу координацію. Для досягнення такої скоординованості стратегій проект покликаний створити нову архітектуру електронної охорони здоров'я під терміном «середовище розвитку електронної охорони здоров'я», яке включатиме:

- набір стандартів та нормативно-правових актів;
- внутрішньологічне інституційне середовище;
- комплекс систем та сервісів центрального рівня;
- веб-інтерфейси для систем та сервісів центрального рівня.

У проекті беруть участь вісім пілотних регіонів, кожен з яких може будувати свою власну систему, але обов'язково на неї повинно бути побудовано комплексну систему

захисту інформації (далі – КСЗІ). Також в проекті передбачені кошти на апаратне забезпечення окремих вузлів системи.

Розвиток як центрального компонентів, так і всіх регіонів, буде відбуватися асинхронно, тому в разі затримок одного учасника проекту інші сторони не постраждають. Але після завершення роботи над стандартами в рамках центрального компоненту всі регіональні системи будуть зобов'язані їх використовувати, а після того, як буде розроблено систему довідникових даних, усі системи мають бути з нею інтегровані.

Усі включені до проекту системи будуть мати КСЗІ. Однак і зараз існує багато систем, де, на жаль, відповідного захисту інформації немає. Особливо важливим це питання є щодо систем із персональними даними. Тому передбачається, що для існуючих систем будуть або побудовані додаткові рівні захисту або, якщо це виявиться неможливим, вони будуть поступово замінені на більш сучасні.

На даний час в Україні майже відсутні нормативно-правові акти, що стосуються розробки, впровадження, експлуатації та модернізації інформаційних ресурсів, технологій і засобів інформатизації у секторі охорони здоров'я. А також формалізовані критерії для визначення ефективності реалізації та експлуатації інформаційних ресурсів.

Реалізація основних стандартів та норм у сфері електронної охорони здоров'я має надважливе значення. Виконання цього завдання забезпечить фундамент для подальшого розвитку інформаційного простору в охороні здоров'я України.

У якості перших чотирьох стандартів, що мають бути створені в Україні, вибрані наступні:

- «Заклади охорони здоров'я»;
- «Медичний персонал»;
- «Лікарські засоби»;
- «Діагнози».

Для роботи над ними будуть залучені національні консультанти, завданням яких буде визначити структуру даних відповідних реєстрів, враховуючі міжнародний досвід, узгодити цю структуру із зацікавленими сторонами та підготувати проекти нормативних актів для їх затвердження.

Причини вибору саме цих стандартів, як перших, що будуть розроблятися, полягають в тому, що вони мають надати можливості уніфікації медичної інформації для запровадження обміну із зовнішніми системами.

У рамках проекту Світового банку «Покращення охорони здоров'я на службі у людей» на даний момент ДП «Центр Електронної охорони здоров'я МОЗ України» спільно з міжнародними експертами розроблені технічні завдання на закупівлю компанії, а також роботу двох національних консультантів, які повинні будуть провести аналіз міжнародних стандартів зберігання, обміну та використання інформації а потім гармонізувати обрані міжнародні стандарти відповідно до українського законодавства.

Відбір компанії та консультантів буде проводитись на основі конкурсу відповідно до процедур Світового банку.

На теперішній час для опрацювання розглядаються наступні стандарти:

1. Термінологія в Електронній охороні здоров'я / глосарій.
2. Профіль закладів охорони здоров'я (паспорт), у т.ч. цифрова відповідність і механізми обміну даних.

3. Управління людськими ресурсами, включаючи персональний ідентифікатор для практикуючих лікарів, цифровий підпис, проект нормативних актів.
4. База даних населення та електронний реєстр пацієнтів.
5. Системи кодування діагнозів для усіх рівнів надання медичної допомоги (МКХ-10, МКХ-10-АМ, Міжнародний класифікатор медико-санітарної допомоги-2 (ICPC-2), Австралійський класифікатор заходів охорони здоров'я (АСНІ), Міжнародний класифікатор заходів охорони здоров'я (ІСНІ), ДСГ).
6. Ідентифікація пацієнтів, включаючи ідентифікаційну відповідність, використовуючи «Національну ідентифікацію здоров'я (або пацієнта)» (Master Patient Index).
7. Медичні картки (EHR, EMR).
8. Адаптація міжнародних стандартів, таких як HL7, SNOMED, DICOM, ISO тощо.
9. Реєстр медичних послуг.
10. Облік ресурсів та додаткових сервісів.
11. Стандарти для системи моніторингу та нагляду за хворобами.
12. Стандарти для системи управління лабораторними дослідженнями.
13. Стандарти для системи управління залишками та постачанням медикаментів.
14. Стандарти для національної системи реєстрації медичного обладнання.
15. Стандарти для системи бухгалтерського обліку та фінансового управління суб'єктами охорони здоров'я з різним правовим статусом.
16. Стандарти збору та обробки даних медичної статистики.

З огляду на угоду про Асоціацію з ЄС, для забезпечення трансграничної охорони здоров'я (cross-border healthcare) при створенні стандартів eHealth буде враховуватись Директива 2011/24/EU Європарламенту від 9 березня 2011 р. «Про застосування прав пацієнтів в транскордонній охороні здоров'я».

Наказом МОЗ України від 02.07.2012 №471 було створено Координаційну раду Міністерства охорони здоров'я України з питань інформатизації сфери охорони здоров'я (далі – Координаційна рада), яка є консультативно-дорадчим органом, до компетенції якого належить:

– здійснення оцінки пріоритетних напрямів розвитку та реалізації проектів, державних цільових програм, а також реконструкції наявних або впровадження нових апаратно-програмних комплексів та інших інформаційних систем, пов'язаних з розвитком інформатизації сфери охорони здоров'я України;

– підготовка та внесення пропозицій щодо поліпшення ефективності використання державних коштів під час реалізації проектів інформатизації сфери охорони здоров'я України.

Наказом МОЗ України від 23.07.2015 №459 був актуалізований склад Координаційної ради, а 11 вересня 2015 р. було проведено засідання, на якому схвалено комплекс першочергових стратегічних завдань для успішної реалізації Концепції створення електронної охорони здоров'я в Україні.

## 9. НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ: МАСШТАБИ І ТЕНДЕНЦІЇ ПОШИРЕНOSTІ, СТРАТЕГІЇ БОРОТЬБИ

Важливою характеристикою сучасного стану здоров'я населення на глобальному, регіональному та національному рівнях є епідемія неінфекційних захворювань. Її ознаками є значна поширеність неінфекційних захворювань та чинників їх розвитку в популяціях, швидкі темпи зростання, високі рівні інвалідності та смертності внаслідок хронічної патології, несприятливі соціальні, економічні, екологічні детермінанти, недостатня відповідь сектору охорони здоров'я на негативні зміни в здоров'ї. Швидке поширення неінфекційних захворювань серед населення обумовлено демографічними зрушеннями та негативними наслідками, які супроводжують соціально-економічні перетворення, інтенсифікацією виробництва, глобалізацією, урбанізацією, некерованою мобільністю тощо.

У доповіді ВООЗ про ситуацію у сфері неінфекційних захворювань у світі в 2014 р. вказується, що 68% смертей обумовлено саме хронічною патологією, у т.ч. 31,3% – серцево-судинною, 13,0% – онкологічною, 6,2% – цукровим діабетом, 5,0% – хронічним обструктивним захворюванням легень. При цьому 40% смертей від неінфекційних захворювань були передчасними. До 2030 р. прогнозується збільшення цієї частки до 75%. Майже три чверті смертей від неінфекційних захворювань відбуваються в країнах із середнім та низьким рівнем розвитку, що свідчить про вихід цієї патології за межі заможних груп населення чи економічно розвинених країн і швидке їх поширення серед бідних прошарків суспільства.

У Європейському регіоні ВООЗ неінфекційні захворювання також є найпоширенішою причиною смерті, що досягає 86% усіх випадків і 77% глобального тягаря хвороб.

З огляду на глобальність проблеми епідемії неінфекційних захворювань, її негативні тенденції до зростання, серйозні загрози для громадського здоров'я, соціально-економічного розвитку, боротьбу з неінфекційними захворюваннями визнано на світовому рівні незаперечним пріоритетом. ООН, ВООЗ, іншими міжнародними та регіональними агенціями прийнято низку стратегічних і програмних документів, головною метою яких є профілактика неінфекційних захворювань, попередження і корекція чинників ризику їх розвитку, утвердження здорового способу життя.

Глобальний план дій ВООЗ з профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними на 2013–2020 роки включає дев'ять добровільних глобальних цілей і глобальну систему моніторингу. Цілями є скорочення шкідливого вживання алкоголю, поширеності гіподинамії, споживання солі, вживання тютюну та поширеності підвищеного кров'яного тиску, а також на попередження та якісне лікування хворих на діабет, інфаркти та інсульти, підвищення доступності основних технологій і ліків. Досягнення глобальних цілей боротьби з неінфекційними захворюваннями, суттєвого прогресу у боротьбі з епідемією вимагає поглибленого вивчення масштабів, особливостей та закономірностей поширеності неінфекційних захворювань, моніторингу та епідагляду за хронічною патологією і чинниками ризику її розвитку.

Система моніторингу призначена для забезпечення прогресу у сфері профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними. Вона забезпечує основи для інформаційно-роз'яснювальної роботи, підвищення обізнаності, посилення політичної прихильності і зміцнення глобальних дій у боротьбі з цими соціально значущими хворобами. Система



моніторингу ситуації щодо неінфекційних захворювань сприяє формуванню нових пріоритетів у сфері розвитку, у т.ч. в аспекті економічного розвитку, стійкості навколишнього середовища і соціальної інтеграції, дає необхідну аргументацію та основу для обґрунтування заходів із попередження та скорочення поширеності неінфекційних захворювань.

Згідно з планом дій з реалізації Європейської стратегії профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями на 2012–2016 рр., системи епідагляду і моніторингу повинні генерувати і відстежувати інформацію за наступними напрямками: тягар неінфекційних захворювань (захворюваність, інвалідність, смертність, економічний збиток); оцінка поширеності хвороб і тенденцій відповідних чинників ризику; соціальні детермінанти; групи ризику; хід реалізації науково обґрунтованих стратегій.

Оскільки провідну роль у формуванні глобального тягаря хвороб та рівнів смертності відіграють серцево-судинні захворювання, онкологічні хвороби, хронічні обструктивні захворювання легень, діабет, а також чинники ризику їх розвитку, саме вони повинні бути предметом моніторингу та об'єктом пильної уваги керівників і спеціалістів охорони здоров'я, осіб, які приймають рішення.

В Україні неінфекційні захворювання обумовлюють 86% глобального тягаря хвороб. За даними Державної служби статистики України, результати опитування осіб із 9,3 тис. домогосподарств у жовтні 2015 р. засвідчили, що із загальної кількості опитаних 36,1% мали хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям. Найбільш поширеними були гіпертонія та серцеві захворювання. Про наявність однієї із цих хвороб повідомили відповідно 42,1% та 26,5% осіб, які мають хронічні захворювання. Серед осіб, які мають проблеми зі здоров'ям, 14,2% хворіють на артроз або артрит (у т.ч. ревматоїдний), 13,1% – на остеохондроз, 7,8% мають хронічний гепатит, жовчнокам'яну хворобу, холецистит, холангіт, цироз печінки, 6,2% – хронічний бронхіт, емфізему легень, 5,3% страждають від мігрені або частого головного болю, 5,5% мають виразку шлунка або 12-палої кишки, 4,1% – алергію (за винятком алергічної астми). Серед мешканців міст, які мають хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям, більш поширені, порівняно із сільським населенням, остеохондроз, хвороби печінки, алергія, хвороби органів травлення, діабет, інсульт та алергічна астма. Найвища частка хронічних хворих або осіб, які мають проблеми зі здоров'ям, спостерігалася серед жінок та чоловіків непрацездатного віку.

За даними МОЗ України, існує стійка тенденція до зростання захворюваності населення на хвороби системи кровообігу. Протягом 1991–2015 рр. захворюваність на серцево-судинні хвороби збільшилася в 1,7 разу і досягла 4312,6 випадку на 100 тис. населення. Поширеність хвороб системи кровообігу серед населення збільшилася у 2,7 разу і становила у 2015 р. 52956,9 випадку на 100 тис. населення.

У структурі захворюваності дорослого населення України на хвороби системи кровообігу провідні місця посідають гіпертонічна хвороба (39,6%), ішемічна хвороба серця (26,8%) та цереброваскулярні хвороби (16,8%) (рис. 9.1).

Серцево-судинна патологія займає перше місце у структурі первинної інвалідності дорослого населення, частка якої у 2013 р. становила 23,4%, і в структурі смертності населення (65,8%). Серцево-судинні захворювання у чоловічого населення країни на 27,2% формують показник DALYs, у жіночого – на 33%. Протягом 1991–2014 рр. показник

смертності від хвороб системи кровообігу в Україні зріс з 488,0 до 992,0 на 100 тис. нас., тобто вдвічі.

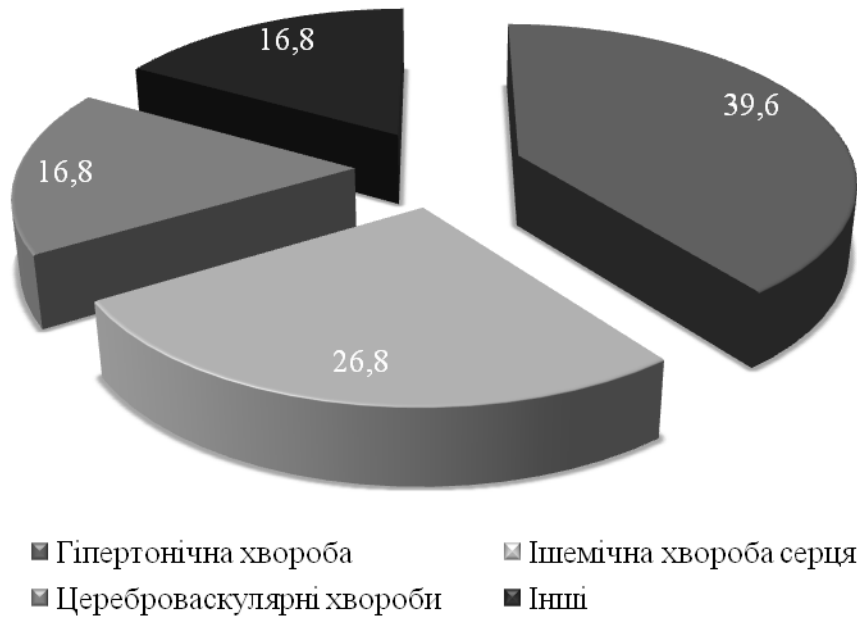


Рис. 9.1. Структура захворюваності дорослого населення України на хвороби системи кровообігу (%)

Захворюваність на вказані нозологічні форми за 24-річний період має негативну динаміку (рис. 9.2). Водночас, порівняно з 2010 р., у 2015 р. рівні захворюваності на провідні хвороби системи кровообігу є нижчими. Їх оцінка повинна враховувати усі чинники, у т.ч. рівень доступності медичної допомоги, повноту виявлення тощо.

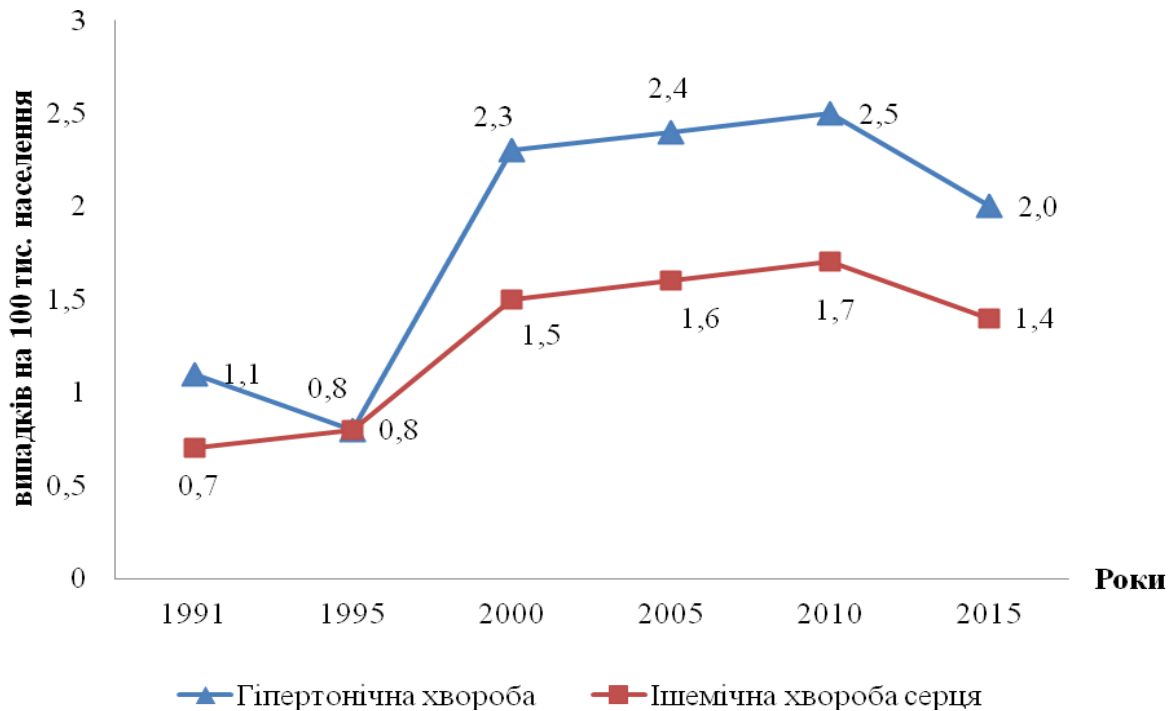


Рис. 9.2. Захворюваність населення України на гіпертонічну хворобу та ішемічну хворобу серця впродовж 1991–2015 рр. (на 100 тис. нас.)

За стандартизованим показником смертності населення з цієї причини країна в 1991 р. займала 17-те за величиною місце серед країн ЄР ВООЗ, у 2012 р. – вже 3-тє місце, поступаючись лише Узбекистану та Киргизстану, за стандартизованим показником смертності від хвороб системи кровообігу у працездатному віці – 4-е місце, поступаючись лише Узбекистану, Білорусі, РФ.

Іншою вагомою проблемою громадського здоров'я є онкологічна патологія. Захворюваність населення на рак також має негативну тенденцію до зростання. У 1991 р. даний показник становив 303,7 на 100 тис. нас., у 2015 р. – досягнув 313,6 на 100 тис. нас. (рис. 9.3).

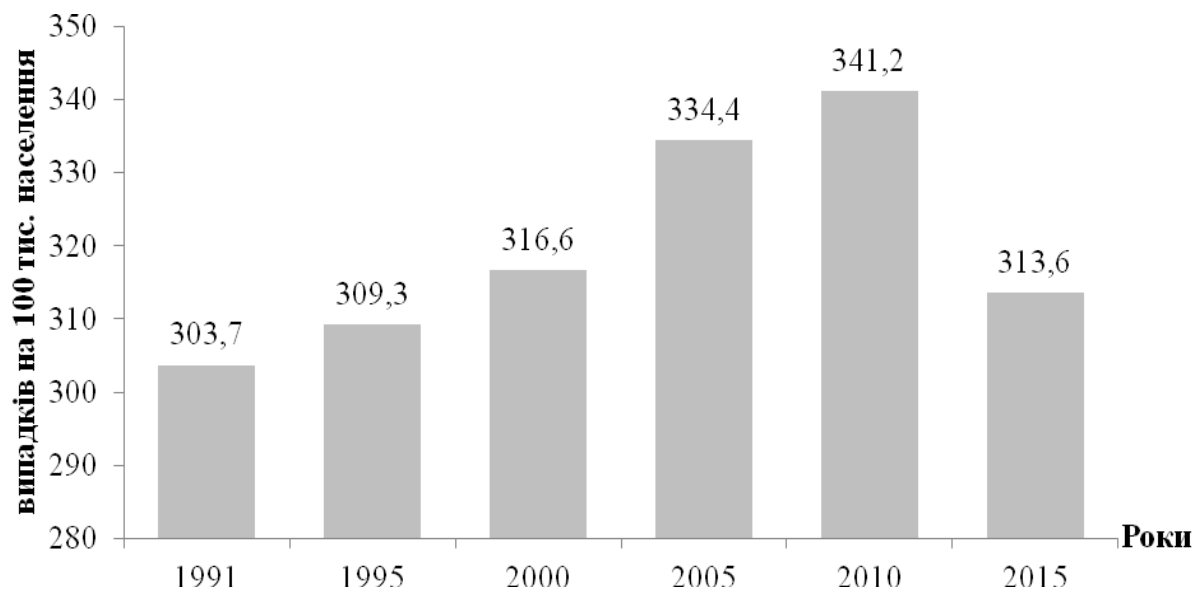


Рис. 9.3. Захворюваність населення України на злоякісні новоутворення впродовж 1991–2015 рр. (на 100 тис. нас.)

Злоякісні новоутворення у чоловічого населення України на 9,0% формують загальний тягар нездоров'я, виражений у показнику DALYs, у жіночого – на 10,4%.

Контингент хворих на онкологічні хвороби становив у 2015 р. понад 961,8 тис. осіб. У структурі смертності населення України злоякісні новоутворення посідають друге місце з питомою вагою 13,3%. Щорічно внаслідок цих захворювань держава втрачала понад 90 тис. осіб, у 2014 р. – 69,0 тисяч. Понад третину померлих від раку становлять люди працездатного віку.

Актуальною в Україні є проблема цукрового діабету. У 2015 р. на вказану патологію хворіло 1,2 млн осіб, або 2790,7 на 100 тис. населення. Порівняно з 1991 р. поширеність діабету збільшилася на 70,1%, за останніх 10 років – наполовину, порівняно з 2014 р. – на 2,5%. Серед усіх випадків хвороб 6,5% становить інсулінозалежний діабет.

Протягом тривалого періоду зростає і первинна захворюваність на цукровий діабет, про що свідчить щорічне реєстрування близько 100 тис. нових випадків захворювання. У 2015 р. показник первинної захворюваності становив 223,5 на 100 тис. нас., що в 1,5 разу перевищує показник 1991 р. (рис. 9.4).

Відомо, що невчасно діагностований та неналежно пролікований цукровий діабет призводить до серйозних ускладнень, вражаючи органи-мішені. В Україні у 2015 р.

447,2 тис. хворих мали ускладнення цукрового діабету, з них 16,8% – ураження нирок, 11,2% – діабетичну катаракту, 34,7% – діабетичну ретинопатію, 1,1% – діабетичну гангрену.

Діабет обумовив майже 3% первинної інвалідності дорослого населення.

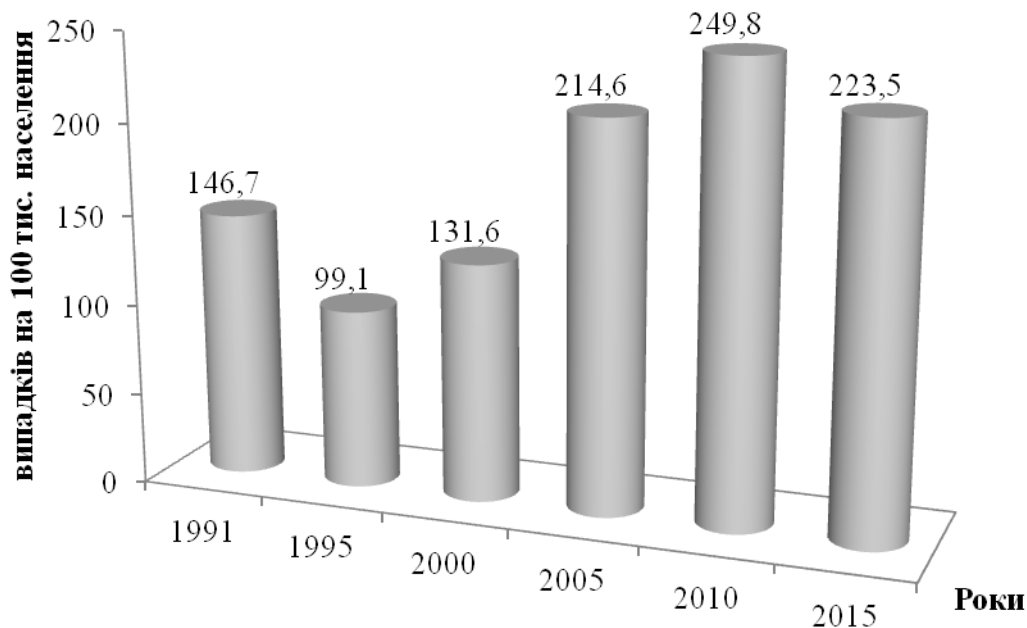


Рис. 9.4. Захворюваність населення України на цукровий діабет впродовж 1991–2015 рр. (на 100 тис. нас.)

Стандартизований показник смертності внаслідок цукрового діабету зменшився за 20-літній період на 13,1%.

В Україні значного поширення набули хронічні обструктивні захворювання легень, на які хворіють 4% населення. Впродовж 1991–2015 рр. показник поширеності хронічного бронхіту мав тенденцію спочатку до зростання до 2005 р. з 2067,4 випадку до 2999,2 випадку на 100 тис. нас., а потім протягом 10-літнього періоду – до зменшення і у 2015 р. становив 2098,8 випадку на 100 тис. населення. Така ж закономірність спостерігається і щодо захворюваності населення на вказану патологію.

Поширеність бронхіальної астми серед населення України збільшилася протягом 1991–2015 рр. на 44,1% і досягла 490,1 випадку на 100 тис. населення. При цьому найвищі рівні поширеності патології спостерігалися у 2010 р. (517,5 випадку на 100 тис. нас.) з поступовим незначним зниженням (рис. 9.5).

Поліпшення здоров'я населення та скорочення поширеності неінфекційних захворювань лежить у площині боротьби з чинниками ризику. У цьому контексті вирішального значення набуває профілактика та корекція чинників ризику розвитку неінфекційних захворювань, насамперед попередження та скорочення вживання тютюну, алкоголю, контроль артеріального тиску, підвищення фізичної активності, пропагування і забезпечення здорового харчування тощо.

З огляду на масштабність поширеності серцево-судинної патології серед населення України та її негативні медико-соціальні наслідки, першочергової уваги потребують питання контролю кров'яного тиску. Відомо, що артеріальний тиск обумовлює розвиток і ускладнення більшості серцево-судинних захворювань і є причиною 9,4 млн випадків смерті у світі, що становить 12,8% від загальної кількості.

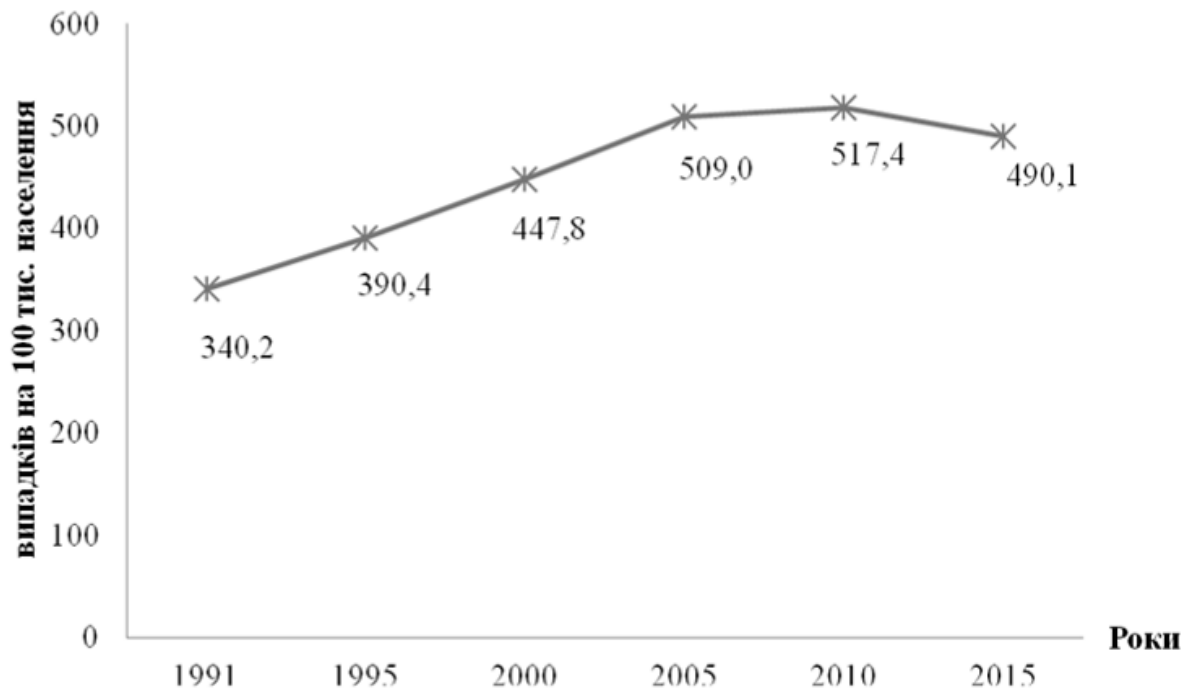


Рис. 9.5. Поширеність бронхіальної астми серед населення України впродовж 1991–2015 рр. (на 100 тис. нас.)

Проблема поширеності підвищеного кров'яного тиску є надзвичайно гострою в Україні. За розрахунковими даними ВООЗ, поширеність серед населення країни цього чинника ризику серцево-судинної патології досягає 53,6%, у т.ч. 54,2% – серед чоловіків та 53,1% – серед жінок. При зверненні населення в заклади охорони здоров'я гіпертензія реєструється у 13,4% випадків. Моніторування епідемічної ситуації протягом 25 років свідчить про збільшення поширеності цього чинника ризику. В Україні серед міських мешканців 81% хворих (58% чоловіків і 88% жінок) знають про підвищення у них артеріального тиску, 48% осіб (36% чоловіків і 56% жінок) приймають антигіпертензивні засоби. Проте лікування є ефективним лише в 19% пацієнтів (9% чоловіків і 25% жінок).

У контексті попередження розвитку серцево-судинних захворювань вагому роль відіграє обмеження споживання солі, яке є однією з пріоритетних стратегічних дій і вважається одним з найбільш економічно ефективних підходів до запобігання неінфекційним захворюванням. Існують переконливі докази того, що надмірне споживання солі є однією з причин підвищеного кров'яного тиску і серцево-судинних захворювань і що зменшення споживання солі до рекомендованого рівня (менше 5 г на добу) чинитиме значний позитивний вплив на здоров'я населення. Як приблизні оцінки, так і фактичні виміри, показують, що в більшості європейських країн показник щоденного споживання солі в даний час коливається на рівні від 7 до 18 грамів на добу. Отже, жодній державі-члену поки що не вдалося досягти рекомендованої норми споживання солі. Діяльність у цьому напрямі, як правило, включає три основні складові: зміна складу продуктів; підвищення обізнаності та інформованості споживачів, включаючи заходи щодо забезпечення чітких і докладних маркувань на продуктах; і моніторинг споживання солі населенням.

Пріоритетної уваги в організації профілактичної діяльності потребує боротьба з тютюном. Успішність боротьби з неінфекційними захворюваннями значною мірою залежить від скорочення цієї шкідливої звички.

В Україні, за даними глобального опитування дорослого населення щодо вживання тютюну, у 2010 р. курили 28,8% населення віком старше 15 років. Серед чоловіків частка курців була вищою (50,0%), ніж серед жінок (11,2%). При цьому 45,4% чоловіків і 8,9% жінок курили щоденно. Куріння обумовлює 14,8% тягаря хвороб і 12,8% втрачених років здорового життя. У рейтингу країн ЄР ВООЗ за поширеністю куріння серед чоловіків Україна посідає 4-те місце, серед жінок – 35-те. Спостерігається тенденція до зменшення поширеності куріння впродовж 2000–2010 рр. на 31,5%.

За даними опитування домогосподарств, проведеного у жовтні 2015 р. Державною службою статистики України, шкідливу звичку курити мав, незалежно від рівня матеріальної забезпеченості, 21% населення у віці 12 років і старше; більше третини опитаних мають стаж курця понад 20 років. Порівняно з 2014 р. частка осіб, які курять, зменшилася на 0,3 в.п., у т.ч. серед міських мешканців – на 0,6 в.п., а серед сільських – збільшилась на 0,1 в.п. Порівняно з попереднім опитуванням зменшилася частка осіб, які курять від 1 до 5 років та понад 10 років, і зросла частка осіб зі стажем куріння від 6 до 10 років.

Серед дорослих чоловіків курить 47% осіб у віці 18–59 років та 27% осіб у непрацездатному віці (у 2013 р. – відповідно 47% та 28%). Серед жінок тютюнокуріння найбільш поширене у віці 30–56 років – 8% жінок цього віку повідомили, що курять. Частка жінок активного дітородного віку (18–29 років), які курять, зменшилася на 2,3 в.п. і становила 7%. Серед підлітків у віці 16–17 років курять 7% хлопців та 0,8% дівчат (у 2013 р. – відповідно 8% та 1%). Серед осіб, які курять, 37% у середньому викурюють за добу від 6 до 10 сигарет, третина – від 16 до 20 сигарет.

Надзвичайно важливою є проблема скорочення недостатньої фізичної активності. В Україні понад третина (37%) чоловіків і майже половина (48%) жінок ведуть малорухливий спосіб життя. З віком поширеність гіподинамії дещо зростає. Навіть у молодому віці рівень фізичної активності кожного четвертого чоловіка і другої жінки характеризується як недостатній. На жаль, протягом 25-річного періоду спостереження частота гіподинамії у популяції вдвічі збільшилась серед чоловіків і в 1,5 разу серед жінок.

У плані боротьби з неінфекційними хворобами важливе значення відводиться корекції надмірної маси тіла та боротьбі з ожирінням. За даними національних репрезентативних вибірок, поширеність ожиріння в різних країнах Європи коливається від 5% до 20% серед чоловіків і до 30% серед жінок. У різних частинах регіону на ожиріння припадає від 2% до 8% витрат на медичну допомогу, з ним також пов'язано 10–13% смертей.

В Україні проблема поширеності серед населення надмірної маси тіла внаслідок комплексу причин набуває особливої значущості. За розрахунковими даними ВООЗ, надмірну масу тіла мають 53% українців, у т.ч. 50,5% чоловіків і 56,0% жінок. При цьому на ожиріння хворіють 21,3% населення, у т.ч. 15,9% чоловіків і 25,7% жінок.

За даними національних вибірок, надмірну масу тіла мають 29,7% українських жінок та 14,8% чоловіків, ожиріння – 20,4% та 11% відповідно. Причинами значної поширеності вказаних чинників ризику є нездоровий харчовий раціон, у якому переважають вуглеводи, та низька фізична активність. За середньою кількістю калорій на людину в день Україна займає 28-е місце серед європейських країн з показником 3198 ккал. Впродовж 1992–2009 рр. калорійність денного раціону українців зменшилася на 5%. Стандартизований за віком показник поширеності надлишкової маси тіла становить 33% у чоловіків і 27% – у жінок.

Зростанню захворюваності сприяє низка негативних чинників, зокрема погіршення харчового раціону значної частини українців, у т.ч. зменшення споживання фруктів та овочів. За рівнем споживання фруктів та овочів на одну людину на день Україна знаходиться на 31 місці в Європейському регіоні ВООЗ. За рік один мешканець України споживає 204,3 кг фруктів та овочів, тоді як в країнах ЄС – 224,2 кг, в середньому в Регіоні – 243,2 кілограми. Це позначається на здоров'ї населення, обумовлюючи зниження імунітету та створення сприятливого фону для розвитку багатьох хвороб. Впродовж 1992–2009 рр. показник споживання однією людиною фруктів та овочів на рік збільшився в Україні на 60,5%, проте його рівень був нижчим від середньоєвропейського на 19,0%.

Епідемію неінфекційних захворювань в Україні пов'язують із посиленням впливу глобалізації, швидкої урбанізації, зниженням фізичної активності, агресивною рекламою тютюну, алкоголю і фастфуду, збільшенням доступності цих продуктів.

Беззаперечною є думка, що більшість неінфекційних захворювань можна попередити шляхом реалізації заходів зі скорочення чинників ризику, яку покладено в основу формування сучасних стратегій і планів боротьби з неінфекційною патологією. Заходи, передбачені планами боротьби з неінфекційними хворобами, повинні включати питання оподаткування тютюнових та алкогольних виробів, зменшення вмісту жиру, солі і цукру в готових харчових продуктах, розвитку і підвищення доступності індустрії дозвілля, занять фізичною культурою і спортом, посилення профілактичних складових у діяльності сектору охорони здоров'я, а також доступності та якості медичної допомоги.

Зупинити наступ епідемії можливо за умови виконання трьох компонентів національних програм: епіднагляду, профілактики і надання медичної допомоги. Ці дії включають комплексний підхід, участь багатьох сторін, епіднагляд і моніторинг, вигідні капіталовкладення, зміцнення систем охорони здоров'я, забезпечення сталого розвитку, посилення ролі громадянського суспільства і приватного сектору. Важливе значення має моніторинг за видами впливу (чинниками ризику та детермінантами), результатами (захворюваністю, інвалідністю і смертністю) і відповідними заходами системи охорони здоров'я (практичними заходами і потенціалом).

За останні два роки було здійснено низку ініціатив зі створення сучасних інтегрованих систем охорони здоров'я на основі первинної медико-санітарної допомоги, у т.ч. планування дій у зв'язку з епідемією неінфекційних захворювань; організація багатогалузевих механізмів для стратегічного керівництва охороною здоров'я; розробка і тестування механізмів для проведення оцінки систем охорони здоров'я; вивчення систем стимулювання та оплати; здійснення дій та проведення досліджень у сфері розширення прав пацієнтів і перетворення їх на учасників процесу охорони здоров'я; організація нових інформаційних систем охорони здоров'я.

Необхідним є застосування всебічних комплексних дій, поєднання підходів, спрямованих на зниження ризиків на рівні всього населення, зі стратегіями, націленими на окремих осіб з груп підвищеного ризику або з виявленими захворюваннями. Дії на рівні всього населення включають всебічну політику щодо боротьби проти тютюну, оподаткування з метою зниження споживання продуктів із високим вмістом жирів, цукру і солі, будівництво пішохідних і велосипедних доріжок для підвищення рівня фізичної активності, забезпечення правильного харчування дітей у школах тощо. На індивідуальному

рівні дієвими профілактичними заходами є правильне здорове харчування, регулярна фізична активність, відмова від споживання тютюну і зловживання алкоголем.

Важливу роль відіграє діяльність закладів охорони здоров'я, що дозволяє виявляти осіб із високим ризиком на ранніх стадіях за допомогою простих методик, таких як таблиці для прогнозування конкретних ризиків. При ранньому виявленні ефективним є використання недорогого лікування. Необхідно розширювати державні інвестиції у профілактику та раннє виявлення неінфекційних захворювань шляхом запровадження національних програм. Обмежені ресурси і слабкі системи охорони здоров'я в країнах із низьким і середнім рівнем доходу вимагають пріоритизації пакету основних заходів відносно неінфекційних захворювань, що включають найбільш вигідні заходи з високим ступенем впливу, високою економічною ефективністю, доступних за ціною і практично здійсненних. Фінансування та зміцнення систем охорони здоров'я для здійснення найбільш вигідних заходів за допомогою підходу, заснованого на первинній медико-санітарній допомозі, є важливим практичним кроком із досягнення загального охоплення населення послугами охорони здоров'я в процесі боротьби з неінфекційними захворюваннями.

Україна у відповідь на епідемію неінфекційних захворювань розробила проект Національного плану дій щодо неінфекційних захворювань, в основу якого покладено пріоритетні напрями державної політики у сфері охорони здоров'я, комплексний підхід, заснований на наукових доказах, інтегруванні досягнень соціальних і поведінкових наук, стратегічний соціальний маркетинг. Важливу роль відведено використанню технологій стратегічного керівництва в інтересах здоров'я, розвитку державно-приватного партнерства, спільним міжсекторальним діям, інвестуванню в здоров'я, боротьбу з основними складовими тягаря неінфекційних захворювань. Передбачено формування здорового способу життя та забезпечення профілактики неінфекційних захворювань шляхом створення системи безперервного медико-гігієнічного навчання, реалізації заходів з профілактики та скорочення куріння, зловживання алкоголем, вживання наркотиків, сприяння фізичній активності та розвиток відповідної інфраструктури, забезпечення здорового харчування, поліпшення статевого виховання.

Національний план дій щодо неінфекційних захворювань має чітку профілактичну спрямованість і передбачає утвердження здорового способу життя, боротьбу з чинниками ризику, забезпечення здорових умов життя, поліпшення детермінант здоров'я, підвищення доступності та якості медичного обслуговування, насамперед пацієнтів з неінфекційними захворюваннями, та чинниками ризику хронічної патології.

Таким чином, основними причинами нездоров'я в Європейському регіоні ВООЗ, у т.ч. в Україні, є неінфекційні захворювання, насамперед хвороби системи кровообігу, онкологічні захворювання, цукровий діабет та хронічні респіраторні захворювання, які обумовлені значним поширенням чинників ризику розвитку хронічної патології. Масштаби поширеності неінфекційних захворювань оцінюються сьогодні як епідемія.

Аналіз динаміки поширеності основних неінфекційних захворювань серед населення України протягом 1991–2015 рр. свідчить про негативну тенденцію до зростання та переважаючих національних показників над загальноєвропейськими і в країнах ЄС.

Провідними чинниками ризику неінфекційних захворювань в Україні є куріння, шкідливе вживання алкоголю, гіподинамія, нездорове харчування, які обумовлюють високі рівні кров'яного тиску, холестерину і цукру в крові, надлишкової маси тіла.



Скорочення поширеності основних чинників ризику лежить у профілактичній площині, насамперед у посиленні профілактичної спрямованості діяльності первинної ланки охорони здоров'я. Водночас, формування негативних зрушень у здоров'ї, у т.ч. епідемії неінфекційних захворювань, відбувається під потужним впливом соціальних, економічних, екологічних детермінант, які визначаються діяльністю інших секторів. Тому вирішення проблеми скорочення неінфекційних захворювань потребує комплексного міжсекторального підходу, участі громадянського суспільства, приватного сектору тощо на системній програмній основі.

Підґрунтям для розробки Національного плану дій щодо неінфекційних захворювань є моніторинг та оцінка масштабів і тенденцій поширеності хронічної патології серед населення України, основних причин та врахування позитивного міжнародного досвіду і рекомендацій ВООЗ, насамперед Глобального плану дій щодо неінфекційних захворювань і добровільних глобальних цілей, Плану дій з реалізації Європейської стратегії профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями на 2012–2016 роки.

Затвердження на державному рівні розробленого міжгалузеву групою спеціалістів Національного плану дій щодо неінфекційних захворювань забезпечить умови для реалізації комплексу заходів, спрямованих на скорочення поширеності чинників ризику розвитку неінфекційних захворювань, утвердження засад здорового способу життя, зменшення негативних медико-соціальних наслідків епідемії неінфекційних захворювань та економічних збитків для людей, громад, суспільства в цілому.

## 10. ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО КОНТРОЛЮ НАД ТЮТЮНОМ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЇ

Державна політика з контролю над тютюном в Україні у 2015 р. визначалася:

1. Рамковою Конвенцією ВООЗ із боротьби проти тютюну (РКБТ).
2. Законом України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» та іншими законодавчими актами.
3. Угодою про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом і державами-членами, з іншої сторони. Стаття 427 Угоди передбачає, що співробітництво між Україною та ЄС, зокрема, охоплює такі сфери, як попередження та контроль за неінфекційними хворобами через обмін інформацією та найкращими практиками, пропагування здорового способу життя, визначення основних детермінант здоров'я та проблем в галузі охорони здоров'я, зокрема через імплементацію Рамкової конвенції з контролю над тютюном.

### *Динаміка поширеності куріння в Україні*

У 2015 р. поширеність тютюнокуріння в Україні продовжувала зменшуватися. Така тенденція показує, що заходи контролю над тютюном, проведені в Україні останніми роками, були ефективними.

Державна служба статистики України опублікувала щорічний звіт «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 р. (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2015 р.)». За даними цього звіту кількість курців серед населення України (без урахування тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції) становила у 2015 р. 6,2 млн осіб. Поширеність куріння серед населення України віком 12 років і старше у 2015 р. становила 18,4%, що на 2,5 відсоткових пункти, або на 12% менше, ніж у 2014 р. Загалом за сім років (2008–2015) поширеність куріння скоротилася з 25,6% до 18,4%, тобто на 7,2 відсоткових пункти, або на 28%. Якщо в попередні роки вищі темпи скорочення куріння спостерігалися серед молоді віком 18–29 років, то у 2015 р. темпи скорочення куріння були вищими серед осіб старшого віку (рис. 10.1).

На жаль, вперше за останні роки зросла поширеність куріння серед підлітків 14–17 років: у 2015 р. вона становила 2,9%, хоча в 2012–2014 рр. коливалася на рівні 2% (а в попередні роки поширеність куріння серед підлітків зменшувалася від найвищого рівня 10% у 2000 р.).

Звіт Держстату засвідчив, що зменшення поширеності тютюнокуріння призводить також і до скорочення захворюваності: наприклад, кількість осіб, які повідомили, що хворіють на хронічний бронхіт або емфізему легенів, скоротилася за останній рік на 9%, а загалом за 2008–2015 рр. – на 30%.

Київський міжнародний інститут соціології (КМІС) провів у грудні 2015 р. загальнонаціональне опитування (омнібус) із запитаннями щодо куріння. Аналогічні опитування проводилися у лютому 2013 р. та жовтні 2014 року. Опитування проводилися в 110 населених пунктах у всіх областях України (у 2014 р. та 2015 р. не проводилися в АР Крим). У Луганській області опитування проводилися тільки на територіях, що

контролюється Україною, у Донецькій області дослідження проводилося і на контрольованих, і на невідконтрольованих території України.

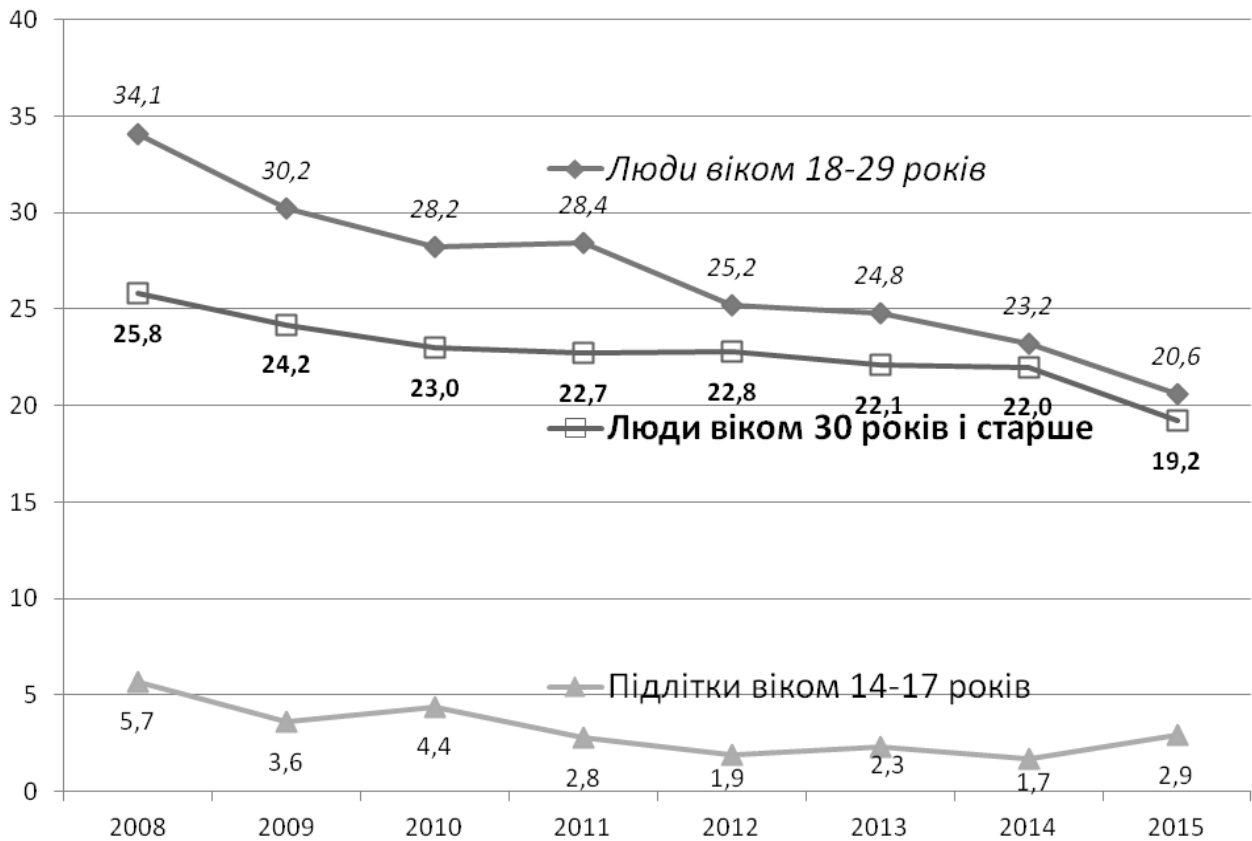


Рис. 10.1. Поширеність куріння у вікових групах населення України, % (за даними опитувань Державної служби статистики)

За даними опитування, поширеність щоденного куріння серед жителів України старших за 18 років у грудні 2015 р. становила 24%, зокрема серед жінок – 9,0% та серед чоловіків – 42,4%, що майже не відрізняється від показників 2014 р. Відсоток колишніх щоденних курців серед жінок становить 2%, а серед чоловіків – 12%, і також не збільшується порівняно з попередніми роками.

Водночас опитування КМІС засвідчило суттєве зменшення рівнів пасивного тютюнокуріння:

- частка робочих місць, розташованих у закритих приміщеннях, де куріння заборонене скрізь, збільшилася з 32,7 (29,7–35,7)% у 2013 р. в цілому по Україні та з 31,3 (28,3–34,4)% без АР Крим до 44,1 (40,9–47,4)% у 2015 р.; частка робочих місць, де не встановлено правил щодо заборони чи обмеження місць для куріння, суттєво зменшилася за останні три роки – з 10,9(8,9–13,0)% до 4,5 (3,2–5,9)%;

- за результатами опитування 2015 р., лише 14,7 (12,3–17,0)% учасників опитування, які працювали у закритих приміщеннях, стверджували, що за останні 30 днів вони спостерігали куріння на своєму робочому місці, тоді як у 2013 р. кількість таких респондентів становила 20,6 (18,1–23,2)% (без АР Крим 21,2 (18,5–23,8)%). Частка респондентів, які ставали свідками куріння в урядових установах, зменшився з 13,8 (11,5–16,1)% у 2013 р. до 9,7 (7,9–11,5)% у 2015 році.

### *Законодавство України з контролю над тютюном*

Наприкінці 2012 р. набули чинності суттєві зміни до законодавчих актів щодо контролю над тютюном в Україні, які стосувалися заборони тютюнової реклами, нових попереджень на пачках сигарет, звільнення робочих та громадських місць від тютюнового диму. Проте протягом 2015 р. змін до законодавства щодо контролю над тютюном не вносилося, окрім акцизного оподаткування тютюнових виробів.

Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їх державами-членами, з іншої сторони, містить главу 22 «Громадське здоров'я», у якій, зокрема, зазначено, що Сторони розвивають співробітництво в галузі охорони здоров'я, зокрема щодо імплементації Рамкової конвенції з контролю над тютюном 2003 року. Глава 22 «Громадське здоров'я» має ст. 428, у якій зазначено: «Україна поступово наближує своє законодавство та практику до принципів *acquis* ЄС, зокрема у сфері інфекційних хвороб, служб крові, трансплантації тканин і клітин, а також тютюну. Перелік відповідних актів *acquis* ЄС визначено у Додатку XLI до цієї Угоди».

У Додатку XLI зазначено, що протягом двох років з дати набуття чинності цією Угодою в Україні мають бути законодавчо впроваджені положення: 1) Директиви №2001/37/ЄС Європейського Парламенту та Ради ЄС від 5 червня 2001 р. про наближення законодавчих, нормативних та адміністративних актів держав-членів щодо виробництва, презентації та реалізації тютюнових виробів; 2) Директиви №2003/33/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 26 травня 2003 р. про наближення законодавчих, нормативних та адміністративних актів держав-членів про рекламу та спонсорство тютюнових виробів.

3 квітня 2014 р. Європейським Парламентом та Радою було ухвалено Директиву 2014/40/ЄС «Про наближення законів, правил та адміністративних положень держав-членів, що стосуються виробництва, презентації та продажу тютюну та супутніх товарів та скасування Директиви 2001/37/ЄС». У статті 31 Директиви 2014/40/ЄС зазначено, що «Директива 2001/37/ЄС скасовується з 20 травня 2016 року. Посилання на скасовану директиву повинно тлумачитися як посилання на цю Директиву».

Оскільки текст Угоди про Асоціацію між Україною та ЄС українською мовою опублікований на офіційному сайті Комітету з євроінтеграції ВРУ 20 червня 2013 р., а парафували Угоду у Брюсселі глави переговорних делегацій 30 березня 2012 р., зазначена Директива 2014/40/ЄС від 3 квітня 2014 р. технічно не могла бути частиною офіційного тексту Угоди.

Хоча формально Україна має зобов'язання імплементувати саме 2001/37/ЄС, таке зобов'язання не можна розглядати як прогресивні зміни до антитютюнового законодавства, оскільки вони є незначними та стосуються маркування упаковки інформацією щодо рівня смол та нікотину та регулювання виділення CO<sub>2</sub>, а відповідно, не матимуть ефекту на споживання тютюну. Окрім того, з 20 травня 2016 р. ця директива буде остаточно скасована.

Слід також зазначити, що зобов'язання, викладені у директивах ЄС, є мінімальними вимогами, і держави можуть вживати законодавчі заходи, які запроваджують вищі стандарти та вимоги у будь-якій сфері, у т.ч. і у сфері громадського здоров'я. Таким чином, зобов'язання згідно з додатком XLI до Угоди слід тлумачити як зобов'язання України впровадити в своє національне законодавство положення Директиви 2014/40/ЄС як більш ефективне та прогресивне.

13 травня 2015 р. група народних депутатів подала на розгляд Верховної Ради проект Закону України №2820 «Про внесення змін до деяких законів України щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну». Законопроект передбачає імплементацію Директиви №2003/33/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 26 травня 2003 р. «Про наближення законодавчих, нормативних та адміністративних актів держав-членів про рекламу та спонсорство тютюнових виробів» та Директиви 2014/40/ЄС «Про наближення законів, правил та адміністративних положень держав-членів, що стосуються виробництва, презентації та продажу тютюну та супутніх товарів та скасування Директиви 2001/37/ЄС». Це є чітким сигналом для ЄС про готовність України гармонізувати своє законодавство відповідно до останніх новацій законодавства ЄС.

Найбільш помітною новацією буде зміна зовнішнього виду пачок сигарет. Наразі в Україні на пачках друкується на одному боці однакове текстове попередження «*Куріння вбиває*», яке тютюнові виробники розміщують у нижній половині пачки. На іншому боці, і теж на нижній половині, друкується одне із 10 попереджень з малюнком. На вітринах кіосків усі пачки виставлені боком без малюнків, а текстове попередження нерідко перекривається цінником або іншим чином, бо воно розташоване знизу. Після ухвалення законопроекту №2820 розмір попереджень збільшиться з 50% до 65%, вони будуть розташовані у верхній половині пачки і матимуть малюнки з обох боків.

Нинішні малюнки на пачках сигарет з'явилися в жовтні 2012 року. З того часу курці вже звикли до них, і тому профілактична дія попереджень зменшилася. Проведене в 2015 р. опитування показало, що десять графічних попереджень про шкоду куріння для здоров'я на пачках, що показали учасники опитування, були представлені нерівномірно, і ця нерівномірність відтворювалася в опитуваннях усіх трьох останніх років. Найчастіше зустрічалися медичні попередження, пов'язані з раком легень (33% від усіх діючих в Україні попереджень), із ранньою смертю курців (19%). Усі інші попередження спостерігалися лише на 4–8% сигаретних пачок (замість 10% на кожне з десяти попереджень). Найрідше зустрічалися попередження, спрямовані на жінок, а саме пов'язані зі старінням шкіри (4%) та зі шкодою, яку завдає куріння під час вагітності (4%). Після ухвалення законопроекту №2820 щорічно на пачках буде друкуватися нова серія попереджень, які буде розробляти та затверджувати Міністерство охорони здоров'я на основі відповідної бібліотеки попереджень ЄС.

Наразі законодавство України вимагає, щоб на пачках сигарет друкувалися рівні смол і нікотину. Але наукові дослідження давно показали, що ці показники вводять курців в оману, створюючи враження, що деякі сигарет є нібито менш шкідливими, ніж інші. Насправді усі сигарети є однаково шкідливими, і після ухвалення законопроекту №2820 друк рівнів смол і нікотину на пачках буде заборонено, а замість цього на всіх пачках з'явиться напис: «*Тютюновий дим містить понад 70 речовин, здатних викликати рак*».

Тютюнові корпорації стали розміщувати на ринку сигарети з особливим смаком, які стали популярними серед деяких груп молоді. Для протидії цим негативним явищам законопроектом №2820 запроваджується заборона на тютюнові вироби з характерним смаком, а також на тютюнові вироби з певними добавками та смаковими речовинами.

Крім тютюнових виробів на ринку України з'явилися так звані електронні сигарети і трав'яні вироби для куріння. На жаль, чинне законодавство ніяк не регулює ці вироби, і тому люди, які їх купують, жодним чином не захищені. Законопроект №2820 запроваджує регулювання таких виробів у повній відповідності до вимог ЄС.

Законопроект №2820 включає в себе імплементацію двох положень старої Директиви 2001/37/ЄС, які ще не враховано в законодавстві України, – про заборону тютюну для перорального застосування та запровадження норми щодо максимального вмісту монооксиду вуглецю в димі сигарет. Цей Законопроект передбачає повну заборону реклами тютюнових виробів в мережі Інтернет відповідно до Директиви №2003/33/ЄС.

7 жовтня 2015 р. законопроект №2820 було підтримано Комітетом ВРУ з питань охорони здоров'я.

Хоча майже всі види тютюнової реклами в Україні заборонені, чинне законодавство не вимагає повної заборони на зображення або видимість тютюнових виробів у місцях продажу, що є порушенням міжнародних зобов'язань України по РКБТ. Заборону видимого розміщення тютюнових пачок вже запроваджено в таких країнах, як Австралія, Канада, Фінляндія, Ірландія, Велика Британія, Білорусь. Головною підставою для заборони видимого розміщення тютюнових пачок в магазинах є те, що місця продажу відвідують більшість дітей, для яких сигарети стають нормальним і спокусливим товаром. Тому прибирання сигарет суттєво зменшує залучення дітей до куріння.

Проведене у 2015 р. опитування показало, що серед тих респондентів, хто відвідував місця продажу тютюнових виробів за останні 30 днів, 37,2% повідомили, що їм доводилося спостерігати рекламну чи подібну інформацію, що сприяє просуванню тютюнової продукції. Три чверті респондентів (75,7%) сприймають підсвічені збільшені пачки сигарет, оформлення сигаретних пачок в місцях продажу і на вітринах кіосків, магазинів як рекламний спосіб привернення уваги молоді до сигарет. Тому доцільним є запровадження заборони на розміщення тютюнових виробів, упаковок та макетів тютюнових виробів у місцях роздрібною торгівлі таким чином, щоб вони були видимі поза межами місця роздрібною торгівлі або споживачам всередині місця роздрібною торгівлі.

#### *Оподаткування тютюнових виробів у 2015 році*

За січень-грудень 2015 р. Державний бюджет України отримав від тютюнових акцизів 22,2 млрд грн, що на понад 4 млрд більше, ніж рік тому. Збільшення надходжень відбулося без зростання реалізації сигарет, яка залишилася на рівні 2014 р. – 73 мільярди сигарет. Доходи зросли, бо в першому півріччі 2015 р. ставки акцизу були суттєво вищими, ніж у попередньому році, тому що в 2014 р. ставки було підвищено в липні та вересні. Крім того, в січні 2015 р. ставки на сигарети без фільтра було підвищено до рівнів ставок сигарет з фільтром. У результаті середня ціна пачки сигарет без фільтра зросла з 6 до 11 грн, а їх реалізація зменшилася з 12,7 млрд штук у 2014 р. до 5,8 млрд штук у 2015 році. Також у 2015 р. зменшився імпорт: з 6,5 млрд сигарет до 4 млрд сигарет. Виробництво в 2015 р. зросло на 8%: з 86 млрд сигарет до 93 млрд сигарет, що було зумовлено зростанням експорту з 18 млрд сигарет в 2014 р. до 23 млрд сигарет у 2015 р. та скороченням імпорту.

Слід зауважити, що у четвертому кварталі реалізація сигарет зросла до 22 млрд штук, тоді як у попередні треті квартали вона становила в середньому 17 млрд штук. Зростання реалізації було штучним, спровокованим «ціновими війнами», які влаштували тютюнові корпорації, починаючи з жовтня, з метою не допустити високого зростання ставок акцизу в 2016 році. Незважаючи на «цінові війни», надходження до бюджету за четвертий квартал зросли до 6,6 млрд грн, тоді як у попередні квартали вони в середньому становили 5,2 млрд гривень. Штучне збільшення реалізації сигарет у четвертому кварталі 2015 р. було зроблене

в очікуванні різкого збільшення акцизу з січня 2016 р., щоб сплатити акциз за ставками 2015 р., але залишити сигарети на складах та відправити в роздрібний продаж вже у 2016 році.

24 грудня 2015 р. Верховна Рада України ухвалила Закон «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо забезпечення збалансованості бюджетних надходжень у 2016 році», який, зокрема, передбачає, що з 1 січня 2016 р.:

1. Специфічні ставки акцизу на всі тютюнові вироби підвищуються на 40% (стаття 215.3.2 Податкового кодексу), зокрема мінімальний акциз на сигарети (стаття 215.3.3 Податкового кодексу) зростає з 304,11 грн на 1000 сигарет до 425,75 грн на 1000 сигарет (або 8,52 гривні на пачку з 20 сигарет).

2. Змінюється порядок розрахунку адвалерного акцизу на сигарети: з січня 2016 р. він має розраховуватися як визначений Податковим кодексом відсоток від встановленої виробником або імпортером максимальної роздрібною ціни з урахуванням податку на додану вартість (стаття 214.1 Податкового кодексу). Реально це означає збільшення ставки адвалерного акцизу з 10% до 12% від максимальної роздрібною ціни.

Угода про асоціацію між Україною та ЄС (Стаття 352) передбачає співробітництво у боротьбі з контрабандою підакцизних товарів, яке, зокрема, включає «поступове наближення акцизних ставок на тютюнові вироби». Акцизна політика ЄС передбачає систематичне підвищення ставок акцизу для скорочення споживання тютюнових виробів. З 1 липня 2006 р. мінімальний рівень акцизу на 1000 сигарет було встановлено на рівні 64 євро, а з 1 січня 2014 р. цей рівень було підвищено до 90 євро.

В Україні мінімальна ставка акцизу на 1000 сигарет із фільтром становила: 2013 р. – 217,6 грн (20 євро), 2014 р. (липень-серпень) – 289,63 грн (18 євро), з вересня 2014 р. – 304,11 грн (13 євро), з 1 січня 2016 р. – 425,75 грн (15 євро). Таким чином, ставки акцизу реально не гармонізуються, бо ставка в євро в 2016 р. є меншою, ніж у 2013 році.

Ціни на сигарети в Україні наразі набагато менші, ніж у сусідніх країнах. Наприклад, ціна на пачку сигарет марки Winston Blue в січні 2016 р. становила: Україна – 17 грн; Росія – 95 рублів (=35 грн); Білорусь – 20000 біл. руб (=26 грн); Молдова – 20 лей (=27 грн). У сусідніх країнах Євросоюзу середні ціни на сигарети: Румунія – 2,9 євро, Словаччина – 3 євро, Польща – 3,1 євро, Угорщина – 3,3 євро (в середньому 85 грн). Така ситуація створює передумови для масової контрабанди сигарет з України до сусідніх країн.

Незважаючи на збільшення акцизів, реальні ціни на тютюнові вироби не зросли (з урахуванням інфляції): у 2015 р. індекс споживчих цін склав 143,3%, при цьому ціни на тютюнові вироби зросли лише на 18,4%.

#### *Висновки*

У 2015 р. рівні активного та пасивного тютюнокуріння в Україні продовжували скорочуватися. Головним фактором скорочення поширеності активного тютюнокуріння у 2015 р. стало зменшення цінової доступності сигарет, насамперед внаслідок скорочення реальних доходів населення та різкого зростання акцизів на сигарети без фільтра. Запроваджене із січня 2016 р. підвищення ставок акцизів на всі тютюнові вироби дозволить і надалі скорочувати їх цінову доступність, проте податкові заходи мають бути підсилені заходами, які зменшують привабливість тютюнових виробів для молоді. До таких заходів належить заборона розміщення у вітринах кіосків сигарет, а також заходи, передбачені в

законопроекті №2820, який розроблено відповідно до Директиви Європейського Союзу 2014/40, зокрема заборона сигарет з ароматичними добавками.

Комплексна реалізація усіх заходів контролю над тютюном здатна і надалі скорочувати поширеність тютюнокуріння та кількість пов'язаних із вживанням тютюну хвороб та смертей в Україні.



## 11. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕРЖАВНИХ СОЦІАЛЬНИХ СТАНДАРТІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Стандартизація в сучасних умовах займає одне з провідних місць у системі управління якістю у сфері охорони здоров'я населення України. В останні 20 років вона широко застосовується в медичній галузі України одночасно з розвитком таких механізмів управління якістю, як ліцензування, акредитація та атестація медичних працівників. Міністерство охорони здоров'я України визначило розвиток стандартизації одним із пріоритетних напрямів реформування галузі і щорічно забезпечує доповнення та оновлення відповідної нормативно-правової бази.

У 2015 р., як і в попередні роки, наказами МОЗ України було затверджено робочі групи, на які покладено забезпечення розробки високоякісних медико-технологічних документів щодо стандартизації надання медичної допомоги.

Так, наказ МОЗ України від 17.07.2015 №438 містить склад мультидисциплінарних робочих груп, які повинні забезпечити розробку медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини у 2015–2016 рр. за темами: 1) акне; 2) алергічний риніт; 3) атопічний дерматит; 4) базальноклітинний рак шкіри; 5) вітряна віспа; 6) гангрена; 7) гастроентерит; 8) гемохроматоз; 9) генералізований пародонтит; 10) гепатоцелюлярна карцинома; 11) герпетична інфекція; 12) гикавка; 13) деменція; 14) дефіцит мієлопероксидази; 15) дисплазія кульшового суглобу та вроджений звих стегна у дітей; 16) дихальні розлади у новонароджених дітей; 17) діарея; 18) доброякісна гіперплазія передміхурової залози; 19) ентеральне харчування недоношених немовлят; 20) інтегроване ведення хвороб дитячого віку; 21) карієс зубів у дітей; 22) кольки у дітей до 1 року; 23) медичний догляд за здоровою новонародженою дитиною; 24) мезотеліома; 25) мієлодиспластичний синдром; 26) муковісцидоз; 27) нейробластома; 28) нудота у вагітних; 29) ортодонтична ретенція; 30) остеосаркома; 31) патологія, що найчастіше зустрічається у дитячому віці і потребує госпіталізації; 32) поганий запах з рота; 33) подагра; 34) профілактика та лікування ускладнень хіміопроменевої терапії онкологічних захворювань; 35) профілактика респіраторно-синцитіальної вірусної інфекції у новонароджених та дітей раннього віку; 36) психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів; 37) рак ендометрія; 38) рак нирки; 39) рак підшлункової залози; 40) рак позапечінкових жовчних проток; 41) рак ротової порожнини; 42) рак стравоходу; 43) рак шлунка; 44) сортування та невідкладна допомога дітям; 45) специфічна імунотерапія; 46) судинні аномалії у дітей; 47) тімома; 48) трансплантація солідних органів; 49) транссексуалізм; 50) тромбоемболія легеневої артерії; 51) хвороба Вільсона; 52) цирози печінки; 53) ювенільний ревматоїдний артрит.

Наказом МОЗ України від 10.11.2015 №738 затверджено склад мультидисциплінарних робочих груп із розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини у 2015–2016 рр. за темами: безплідність жінок; гемолітична хвороба новонароджених; дитячий діаліз; еклампсія; нанізм.

Персональний склад мультидисциплінарних робочих груп із розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини у 2015–2016 рр. за темами «Ожиріння у дітей» та «Цукровий діабет 1 типу у дітей» затверджено наказом МОЗ України від 25.12.2015 №899.

Наказом МОЗ України від 10.08.2015 №501 визначено склад робочої групи з розробки протоколів екстреної медичної диспетчеризації.

У 2015 р. завершилась робота над розробкою численних медичних стандартів, які МОЗ України затвердило відповідними наказами.

Як і в попередні роки, значну увагу у сфері стандартизації медичної допомоги було приділено розвитку медичних стандартів у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Зокрема наказом МОЗ України від 22.12.2015 №887 затверджено зміни до клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при загальноваріабельному (первинному) імунодефіциті затверджено наказом МОЗ України від 20.01.2015 №22. Наказ МОЗ України від 24.02.2015 №92 затвердив уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) ВІЛ-інфікованим дітям.

Суттєво поповнилась база стандартів надання медичної допомоги хворим при онкологічних захворюваннях. Так, наказом МОЗ України від 30.06.2015 №396 затверджено уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при раку молочної залози. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при меланомі затверджено наказом МОЗ України від 27.11.2015 №784. Наказом МОЗ України від 02.11.2015 №711 затверджено уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при хронічному мієлоїдному лейкозі. Наказом МОЗ України від 02.11.2015 №710 затверджено уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при множинній мієломі.

Завершилась робота над стандартами надання медичної допомоги хворим з іншими видами патології, які суттєво розширили перелік чинних стандартів і були затверджені відповідними наказами МОЗ України:

- наказом МОЗ України від 23.02.2015 №90 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при мукополісахаридозах»;

- наказом МОЗ України від 08.06.2015 №327 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при кашлі»;

- наказом МОЗ України від 15.06.2015 №341 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при розладах аутистичного спектра»;

- наказом МОЗ України від 20.10.2015 №685 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при синдромі Дауна»;

- наказом МОЗ України від 02.11.2015 №709 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при залізодефіцитній анемії»;

- наказом МОЗ України від 04.11.2015 №723 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при вірусному гепатиті С»;

– наказом МОЗ України від 20.11.2015 №762 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при псоріазі, включаючи псоріатичні артропатії»;

– наказом МОЗ України від 30.12.2015 №916 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при медикаментозній алергії, включаючи анафілаксію».

Особливе місце у системі стандартів у сфері охорони здоров'я займають державні соціальні стандарти і нормативи. Їх перелік визначений у Законі України від 05.10.2000 №2017-III «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» та деталізований у Державному класифікаторі соціальних стандартів і нормативів, який затверджено наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 17.06.2002 №293.

Після внесення деяких змін і доповнень перелік державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я населення України складають такі нормативно-правові документи:

– постанова КМУ від 11.07.2002 №955 «Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги»;

– постанова КМУ від 17.08.1998 №1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань»;

– постанова КМУ від 05.09.1996 №1071 «Про порядок закупівлі лікарських засобів закладами та установами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету»;

– постанова КМУ від 27.12.2001 №1752 «Про норми харчування у протитуберкульозних закладах для осіб, хворих на туберкульоз, та малолітніх і неповнолітніх осіб, інфікованих мікобактеріями туберкульозу»;

– постанова КМУ від 10.10.2012 №918 «Про затвердження нормативів харчування в державних і комунальних дитячих санаторно-курортних закладах (крім протитуберкульозних)»;

– наказ МОЗ України від 24.03.1998 №74 «Про орієнтовні нормативи потреби у стаціонарній медичній допомозі дітям, вагітним, роділлям, породіллям та гінекологічним хворим»;

– наказ МОЗ України від 10.01.2005 №7 «Про затвердження стандартів надання медичної допомоги за спеціальністю «Професійна патологія» в амбулаторно-поліклінічних закладах»;

– спільний наказ МОЗ та АМН України від 31.12.2003 №641/84 «Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні»;

– наказ МОЗ України від 10.09.2013 №793 «Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій-підрозділів центрів первинної (медико-санітарної) допомоги»;

– наказ МОЗ України від 07.02.2008 №57 «Про затвердження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації інвалідів»;

– наказ МОЗ України від 15.07.2011 №417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»;

– наказ МОЗ України від 12.05.2008 №242 «Про затвердження стандартів санаторно-курортного лікування дітей з соматичною патологією»;

– наказ МОЗ України від 21.04.2009 №262 «Про затвердження рекомендованого середньодобового набору продуктів харчування для ветеранів війни у лікувально-профілактичних закладах»;

– наказ МОЗ України від 29.10.2013 №931 «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні».

У 2015 р. нормативно-правова база державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я була доповнена наказом МОЗ України від 30.03.2015 №183 «Про затвердження сьомого випуску Державного формуляру лікарських засобів та забезпечення його доступності» та постановою Кабінету Міністрів України від 25.11.2015 №1024 «Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення», якої затверджено граничний норматив забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. нас., який повинен становити не більше 60 ліжок.

У 2015 р. продовжувалось виконання державного завдання, що полягає у здійсненні моніторингу за розробкою та впровадженням державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я населення України, яке покладене на Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України. На пріоритетності виконання цього державного завдання наголошується у статті 24 Закону України від 05.10.2000 №2017-III «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» та дорученні Кабінету Міністрів України від 18.12.2003 №81186.

Результати моніторингу впровадження державних соціальних нормативів безоплатного забезпечення визначених постановою Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 №1303 категорій населення лікарськими засобами за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування показали, що особи, яким передбачено безоплатний відпуск лікарських засобів згідно із Законом України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», найбільшою мірою забезпечені лікарськими засобами на безоплатних умовах у Черкаській області (99,4% осіб реалізували цю гарантію) та Закарпатській області (98,5%). Найнижчі показники у Кіровоградській (3,73%) та Чернігівській (2,30%) областях.

Серед регіонів України найбільшою мірою гарантію щодо осіб, які мають особливі трудові заслуги перед Батьківщиною, відповідно до Закону України «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні», на безоплатний відпуск лікарських засобів реалізовано у Закарпатській області (99,9% осіб реалізували цю гарантію) та Черкаській області (97,1% відповідно). Найнижчі показники – у Запорізькій (0,11%) та Миколаївській (0,1%) областях.

Особи, яким передбачено безоплатний відпуск лікарських засобів згідно із Законом України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», найбільшою мірою забезпечені лікарськими засобами на безоплатній основі у Закарпатській області (99,8% осіб з числа тих, яким надана така пільга) та Черкаській області (98,9% відповідно), найменшою мірою – у Херсонській (0,96%) та Харківській (0,17%) областях.

Пенсіонери з числа колгоспників, робітників, службовців, які одержують пенсію за віком, по інвалідності та у разі втрати годувальника в мінімальних розмірах (за винятком осіб, які одержують пенсію на дітей у разі втрати годувальника) найбільш повно реалізували державну гарантію на безоплатне отримання лікарських засобів у Сумській області (21,1%

осіб, яким була надана така гарантія). Найнижчі відповідні показники у Харківській (0,1%) та Миколаївській (0,1%) областях.

Найкраще забезпечені лікарськими засобами на безоплатній основі діти віком до трьох років у Закарпатській області (96,5% дітей цього віку), найгірше – у Кіровоградській області (0,31% відповідно).

Діти-інваліди віком до 16 років найбільшою мірою безоплатно забезпечені лікарськими засобами у Закарпатській області (98,9% дітей зазначеної категорії) та Черкаській області (92,3% відповідно), найменшою мірою – у Рівненській області (7,21% відповідно).

Питома вага дітей віком до 18 років, які перенесли у 1988 р. хімічну інтоксикаційну алопецію у м. Чернівці і безоплатно отримали лікарські засоби, становить 66,67% у Харківській області та 47,9% у Закарпатській області.

Дівчата-підлітки і жінки з протипоказаннями вагітності, а також жінки, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, найбільшою мірою були безоплатно забезпечені контрацептивними засобами у Чернівецькій області (23,8% осіб із числа тих, яким надана пільга), найменшою мірою – у Кіровоградській області (0,41% відповідно).

Інваліди I і II груп внаслідок трудового каліцтва, професійного або загального захворювання, яким постановою Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 №1303 гарантовано при амбулаторному лікуванні відпуск лікарських засобів за рецептами лікарів з оплатою 50% їх вартості, найчастіше реалізують цю гарантію у Закарпатській області (100,0% осіб реалізовували цю гарантію), найрідше – у Чернігівській області (1,08% відповідно).

Серед інвалідів з дитинства I і II груп найчастіше мали можливість отримати лікарські засоби за рецептами лікарів з оплатою 50% їх вартості у Закарпатській (99,6% осіб цієї категорії) та Черкаській (96,7% відповідно) областях, найрідше – у Харківській (1,89% відповідно) та Запорізькій (1,71% відповідно) областях.

Діти віком від трьох до шести років найбільшою мірою забезпечені лікарськими засобами з оплатою 50% їх вартості у Закарпатській (100,0% осіб з числа тих, які підлягали цій пільзі) та Черкаській (99,5% відповідно) областях, найменшою мірою – у Запорізькій (0,02% відповідно) та Чернігівській (0,01% відповідно) областях.

Особи, реабілітовані відповідно до Закону України «Про реабілітацію жертв політичних репресій на Україні» (962-12), які стали інвалідами внаслідок репресії або є пенсіонерами, були найкраще забезпечені лікарськими засобами з оплатою 50% їх вартості у Закарпатській області (95,4% осіб цієї категорії), найгірше – у Полтавській (0,98% відповідно) та Одеській (0,1% відповідно) областях.

Особи, нагороджені знаком «Почесний донор України» та «Почесний донор СРСР» (відповідно до Закону України «Про донорство крові та її компонентів»), найкраще забезпечені лікарськими засобами з оплатою 50% їх вартості у Закарпатській (96,5% осіб цієї категорії) області, найгірше – у Харківській (0,53% відповідно) та Миколаївській (0,5% відповідно) областях.

Результати моніторингу впровадження державних соціальних нормативів безоплатного забезпечення населення лікарськими засобами за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування захворювань, визначених постановою Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 №1303, показали, що у 2015 р. найбільшою мірою ця державна гарантія

реалізована у хворих на діабет (цукровий і нецукровий), онкологічні захворювання, системний гострий вовчак, муковісцидоз, шизофренію та епілепсію, фенілкетонурію, у хворих в стані після пересадки органів і тканин, при гіпарпаратиреозі, психічних захворюваннях (інваліди I та II груп, а також хворі, які працюють у лікувально-виробничих майстернях психоневрологічних і психіатричних закладів).

Деяко меншою мірою вищезазначена державна гарантія реалізована у хворих із післяопераційним гіпотиреозом, у т.ч. з приводу раку щитовидної залози, при міастенії, інфаркті міокарда (перші шість місяців).

Незадовільний стан безоплатного забезпечення лікарськими засобами у разі амбулаторного лікування має місце у випадку бронхіальної астми, туберкульозу, стану після операції протезування клапанів серця, при хворобі Паркінсона, вродженій дисфункції кори наднирників, хворобі Бехтерева, СНІДі, ВІЛ-інфекції, гепатоцеребральній дистрофії, гематологічних захворюваннях, ревматизмі.

Вкрай погано ця гарантія реалізована серед хворих на аддісонову хворобу, дитячий церебральний параліч, сифіліс, ревматоїдний артрит, гіпофізарний нанізм, міопатію, системні, хронічні, важкі захворювання шкіри, мозочкову атаксію Марі, пухирчатку.

У 2015 р. не виділено коштів на безоплатне забезпечення лікарськими засобами у разі амбулаторного лікування хворих на лепру, гостру переміжну порфірію, важкі форми бруцельозу, дизентерію.

У структурі профінансованих видатків на дотримання нормативів за рахунок усіх джерел фінансування спостерігаються великі розбіжності по областях. Якщо у Чернівецькій області вони становили 99%, Житомирській – 97%, Львівській області – 86%, Полтавській – 82%, то у Івано-Франківській – 20%, Харківській області – лише 14% (табл. 11.1).

Майже у всіх областях фінансування за рахунок коштів місцевих бюджетів перевищує фінансування з державного бюджету. Найбільші відмінності спостерігаються у Полтавській області – 94,67% і 0,53% відповідно, Житомирській – 93,91% і 2,62%, Волинській – 92,20% і 0,44%, Херсонській – 87,48% і 1,15%, Сумській – 86,86% і 7,46%, Чернівецькій області – 82,81% і 10,74%. У Рівненській області майже 30% коштів надходить з державного бюджету, тоді як у Івано-Франківській області коштів з державного бюджету на ці цілі не виділяється. Також спостерігаються коливання у фінансуванні за рахунок власних коштів громадян. Так, у Рівненській області профінансовано 12,70%, Харківській області – 10,08%, Львівській – 0,61%, Полтавській – 0,21%.

Таблиця 11.1

Структура профінансованих видатків на дотримання нормативів у 2015 р., %

Область	Профінансовані видатки на дотримання нормативів				
	за рахунок усіх джерел фінансування	у т.ч.			
		за рахунок державного бюджету	за рахунок місцевих бюджетів	за рахунок залучених позабюджетних коштів	за рахунок власних коштів громадян
Чернівецька	99,0	10,74	82,81	5,41	1,04
Житомирська	97,0	2,62	93,91	1,49	1,98
Львівська	86,0	10,82	81,55	7,02	0,61
Полтавська	82,0	0,53	94,67	4,59	0,21
Запорізька	70,0	10,94	77,19	9,47	2,40
Херсонська	69,0	1,15	87,48	7,25	4,13
Рівненська	64,0	29,48	52,31	5,51	12,70

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік**

Волинська	57,0	0,44	92,20	5,11	2,25
Миколаївська	57,0	7,39	87,59	3,73	1,43
Кіровоградська	56,0	0,00	96,29	3,71	0,00
Сумська	56,0	7,46	86,86	4,00	1,68
Івано-Франківська	20,0	100,0	0,00	0,00	0,00
Харківська	14,0	22,42	49,28	18,22	10,08

Коливання профінансованих видатків на дотримання нормативів до потреби становить від 98,6% у Чернівецькій області, 91,2% у Житомирській, 83,78% у Полтавській, 73,19% у Львівській, 64,4% у Рівненській області до 44,3% в Одеській, 42,8% в Івано-Франківській, 31,11% у Харківській області У середньому по областях цей показник становить 45%.

Як видно з таблиці 11.2, сума профінансованих видатків на дотримання нормативів на одну особу коливається від 3023,43 грн у Чернівецькій області до 65,80 грн у Івано-Франківській області при розрахунковій потребі коштів 3071,03 грн і 42,80 грн відповідно.

Таблиця 11.2

**Стан фінансового забезпечення соціальних нормативів у 2015 р.**

Область	Розрахункова потреба коштів на дотримання соціальних нормативів		Профінансовано видатків на дотримання соціальних нормативів		Профінансовано видатки на дотримання соціальних нормативів, до потреби, %
	абс., грн	з них на одну особу, грн	абс., грн	з них на одну особу, грн	
Чернівецька	898684199,14	3071,03	886090076,43	3023,43	98,6
Житомирська	1883536900,00	131,94	1717248925,30	120,29	91,2
Полтавська	1672641669,14	172,80	1401398801,48	144,78	83,78
Львівська	3083131712,00	155,06	2256445166,00	113,49	73,19
Рівненська	1671823941,77	229,02	1080720773,25	148,05	64,64
Миколаївська	2540595950,00	780,90	1497410458,00	460,26	58,9
Волинська	2018734985,00	1940,74	1141731000,0	1097,62	56,56
Хмельницька	2962818143,40	2266,90	1654177702,00	1274,33	55,83
Херсонська	2010179663,32	1519,50	1111439185,70	840,14	55,29
Кіровоградська	1481627727,00	1060,05	749649578,40	533,51	50,6
Сумська	1574727021,00	741,93	761812683,80	358,93	48,4
Одеська	2685103947,00	1125,65	1190463192,00	428,35	44,3
Івано-Франківська	510685920,00	153,6	218737000,00	65,80	42,8
Харківська	1745813213,77	225,70	543171835,90	70,22	31,11

Щодо стану фінансування з розрахунку на одне стаціонарне ліжко, то профінансовані видатки у відсотках становлять по областях 44,67 у Харківській, 55,01 у Рівненській, 74,73 у Волинській, 32,1 у Сумській, 94,98 у Миколаївській, 57,1 у Івано-Франківській, 26,8 у Київській, 54,2 у Запорізькій, 83,3 у Чернівецькій областях (дані наведені по областях, які надали звіти).

Кількість ліжок на 10 тис. нас. коливається від 104,2 у Чернігівській області, 87,7 у Кіровоградській, 85,8 у Тернопільській, до 66,9 у Закарпатській, 60,3 у м. Києві. Постановою КМУ від 25.11.2015 №1024 «Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення» передбачено встановити граничний норматив забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. нас. не більше як 60 ліжок. Постанова набула чинності 25.12.2015 р., тобто області звітували ще виходячи з нормативу 80 ліжок на 10 тис. населення.

Стан фінансування нормативів безоплатного та пільгового забезпечення лікарськими засобами пільгових категорій населення характеризується наступними показниками. Профінансовані видатки на дотримання нормативів до потреби у відсотках коливаються від 64,6 у Івано-Франківській області, 20,0 у Харківській, до 3,6 у Херсонській, 1,02 у Кіровоградській області.

Таким чином, у 2015 р. відбулося суттєве поповнення нормативно-правової бази стандартизації у сфері охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я України затвердило ряд нормативно-правових актів, які сприяли подальшому розвитку цього перспективного напрямку розвитку системи охорони здоров'я населення України.

Було розпочато роботу декількох робочих груп із розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) надання медичної допомоги на засадах доказової медицини.

Нормативно-правова база стандартизації у сфері охорони здоров'я доповнилась уніфікованими клінічними протоколами надання медичної допомоги, які розроблені на основі даних доказової медицини. Тематика зазначених медико-технологічних документів стосується ВІЛ-інфекції/СНІДу та деяких інших інфекційних захворювань, онкологічних захворювань, хвороб крові та шкіри, алергічних захворювань, генетичних аномалій, метаболічних захворювань сполучної тканини, розладів аутистичного спектра, окремих синдромів.

Продовжувався розвиток нормативно-правової бази державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я населення України. Зокрема постановою Кабінету Міністрів України від 25.11.2015 №1024 затверджено новий норматив забезпечення населення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. осіб та Міністерством охорони здоров'я України оновлено Державний формуляр лікарських засобів (затверджено його сьомий випуск).

Разом з тим слід зазначити про існування проблеми, яка полягає у відсутності низки державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я населення України з числа тих, які містяться у переліку, визначеному у Законі України від 05.10.2000 №2017-III «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії». Зазначена проблема виникла після відміни наказом МОЗ України від 08.05.2014 №310 державних соціальних стандартів надання медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних закладах охорони здоров'я, що включають обсяг діагностичних, лікувальних та профілактичних процедур, та скасування цим же наказом уніфікованих державних соціальних стандартів – показників якості надання медичної допомоги. Це призвело до порушення положень Закону України від 05.10.2000 №2017-III «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії», оскільки в результаті прийнятого рішення громадяни України позбавлені соціальних гарантій щодо отримання медичної допомоги. Натомість у разі, якщо вищезазначені державні соціальні стандарти не відповідали певним вимогам, потрібно було розробити зміни до них або доповнення і перезатвердити їх оновлені версії і лише після цього відмінити чинні на той час державні соціальні стандарти.

Отже, існує нагальна потреба розробки державних соціальних стандартів надання медичної допомоги населенню України в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних умовах, які повинні бути соціально орієнтованими еталонами надання медичної допомоги, адаптованими до теперішніх фінансових можливостей держави щодо її фінансування і слугувати основою для формування розмірів бюджетних видатків на охорону здоров'я. Їх розробка повинна проводитись з використанням даних доказової медицини та з обчисленням коштів, необхідних для їх реалізації.



На відміну від державних соціальних стандартів, чинні уніфіковані клінічні протоколи надання медичної допомоги не володіють функцією державного соціального гарантування, оскільки при їх розробці не обчислюються обсяги потрібних для їх реалізації коштів. Вони є лише взірцями кращої медичної практики, для фінансування яких на сьогодні не вистачає бюджетних коштів.

Крім того, потребує перегляду порядок проведення моніторингу за виконанням та фінансовим забезпеченням державних соціальних стандартів і нормативів у сфері охорони здоров'я, який затверджений наказом МОЗ України від 11.08.2004 №411. Така потреба зумовлена тим, що у період з 2004 р. затверджено низку нових державних соціальних стандартів і нормативів у сфері охорони здоров'я, моніторинг за якими досі не проводиться.

Також перегляд порядку проведення моніторингу необхідний у зв'язку зі змінами в мережі закладів охорони здоров'я, які повинні надавати на центральний рівень системи державного управління галуззю охорони здоров'я інформацію про результати моніторингу впровадження державних соціальних стандартів і нормативів. Ці зміни мережі зумовлені суттєвою реструктуризацією системи закладів охорони здоров'я у тих регіонах держави, які згідно із Законом України від 07.07.2011 №3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» перебували в експерименті з реформування медичної галузі.

Перегляд та оновлення чинного порядку проведення моніторингу за виконанням та фінансовим забезпеченням державних соціальних стандартів і нормативів в охороні здоров'я, який затверджений наказом МОЗ України від 11.08.2004 №411, повинен дати можливість об'єктивного оцінювання стану впровадження вищезазначених державних соціальних стандартів і нормативів.

З урахуванням євроінтеграційного вектора розвитку України необхідно привести у відповідність до європейських і міжнародних (зокрема ВООЗ) вимог методіку розробки клінічних настанов та уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги, яка затверджена у 2009 р. спільними наказами МОЗ та АМН України від 19 лютого за №102/18 та від 3 листопада за №798/75. Слід розробити та затвердити методіку створення локальних протоколів надання медичної допомоги.

Потребують перегляду чинні державні стандарти надання медичної допомоги та уніфіковані клінічні протоколи надання медичної допомоги щодо їх відповідності критеріям якості з метою осучаснення їх змісту та доповнення даними доказової медицини.

З огляду на те, що сфера дії Закону України «Про стандартизацію» від 05.06.2014 №1315-VII не поширюється на стандарти медичної допомоги, необхідно розробити окреме положення про галузеву стандартизацію. У ньому слід визначити її мету та основні принципи державної політики у сфері стандартизації, об'єкти і суб'єкти галузевої стандартизації.

Також завдання у сфері розвитку стандартизації полягають у створенні галузевого органу стандартизації та розробці положення про нього і його керівну раду. Необхідно визначити права власності на галузеві стандарти, порядок фінансування їх розробки та технології міжнародної співпраці у сфері стандартизації, створити умови для інформаційного забезпечення галузевої стандартизації та щорічно затверджувати плани проведення останньої.

Тривалий час порушується питання про створення в Україні державного центру доказової медицини, але дотепер воно залишається не вирішеним.

## 12. ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБУ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ ТА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

У структурі захворюваності й смертності населення нині домінують ХНІЗ, насамперед ХОД, ХСК, ЗН. Помітно частіше зустрічаються випадки травматизму, нервово-психічних, ендокринологічних, алергічних, генетичних та інших захворювань складної етіології, що свідчить про вагомий вплив умов життя населення на його здоров'я. У доповіді ВООЗ «Про стан охорони здоров'я в Європі. 2015. Цільові орієнтири і більш широкі перспективи – нові рубежі в роботі з фактологічними даними. Основні положення» акцентується увага на тому, що серед трьох ключових (провідних) факторів ризику передчасної смертності в Європейському регіоні залишаються високі рівні вживання алкоголю (11,0 л чистого алкоголю на душу населення на рік), надмірна маса тіла і ожиріння (59,0% населення) і куріння (30,0% населення). Наразі ВООЗ вважає формування ЗСЖ однією з найбільш ефективних стратегій профілактики захворювань (табл. 12.1).

Таблиця 12.1

Ефективність стратегій профілактики захворювань (ВООЗ)

Стратегія	Внесок у зниження рівня смертності (%)	Частка від усіх витрат на охорону здоров'я (%)	Період, за який очікується досягнення ефекту (роки)
Формування ЗСЖ	50,0	10,0	5–10
Стратегія високого ризику (диспансеризація)	20,0	20,0	2–4
Вторинна профілактика (лікування)	30,0	60,0	3–4

Доведено, що ЗСЖ для збереження та зміцнення здоров'я населення в 5 разів ефективніший за лікування тих чи інших хвороб.

Фактори ризику щодо ХНІЗ серед населення значно поширені. Так, результати досліджень, проведених Національним науковим центром «Інститут кардіології ім. академіка М.Д. Стражеска» НАМН України свідчать, що лише в 1% пацієнтів із підвищеним артеріальним тиском не має додаткових факторів ризику, у кожного восьмого пацієнта АГ поєднується з одним, у кожного четвертого – з двома, у 61% пацієнтів – з трьома і більше факторами ризику.

Унаслідок поширеності факторів ризику серед населення показник СОТЖ в Україні значно поступається аналогічному показнику країн ЄС. Так, якщо у 2005 р. СОТЖ при народженні (обох статей) дорівнювала в країнах ЄС 78,7 року, а в Україні відповідно 67,3 року, тобто різниця становила 11,4 року, то у 2012 р. (останній можливий для порівняння в базі даних ВООЗ) – 80,51 року, 71,29 року та 9,22 року відповідно. За рівнем цього показника Україна у 2012 р. опинилася серед аутсайдерів: тільки Молдова і Казахстан мали гірші показники (з 33 країн, для яких вони були розраховані). Різниця у СОТЖ між чоловіками та жінками – корелят алкогольної смертності. Наприклад, ця гендерна різниця у 2011 р., за даними банку даних ВООЗ, дорівнювала 9,96 року (відповідно 76,0 року в жінок і 66,04 року серед чоловіків порівняно з 6,0 року, 83,02 року та 77,16 року в країнах ЄС), то у 2012 р. вони дорівнювали 9,99 року, 76,19 року і 66,2 року в Україні та 5,63 року, 83,29 року і 77,66 року в країнах ЄС відповідно.

Наразі ЗСЖ не є важливою складовою нормою серед молоді. За даними Щорічної доповіді Президенту України, Верховній Раді України про становище молоді (за підсумками 2014 р.), у значної частини підлітків ще й досі не сформована культура здорового дозвілля: 99,5% підлітків значний час приділяють роботі на комп'ютері, 82,8% – спілкуванню з друзями, 72,3% – перегляду фільмів, 56,6% – виконанню домашніх завдань, 48,7% – іграм. Водночас, на відкритому повітрі менше однієї години перебувають лише 23,9%. Фізична культура також не в пошані: не більше 20% виконують ранкову гімнастику. Водночас, рівень фізичного здоров'я підростаючого покоління бажає кращого: за даними МОН України, 36% учнів загальноосвітніх шкіл мають низький рівень фізичного здоров'я, 34% – нижчий за середній, що пов'язано з детренованістю дітей, нераціональним способом життя і погіршенням соматичного стану здоров'я.

Соціологічне дослідження «Молодь України – 2015», проведене GFK Ukraine на замовлення Міністерства молоді та спорту України за фінансовою підтримкою установ ООН в Україні у вересні–жовтні 2015 р. серед молоді віком 14–35 років (загальне число респондентів – 2852 особи), свідчить про таке. Серед опитаних виконували фізичні справи або займалися спортом за останні 7 днів лише 59% респондентів, із них 44% не мали шкідливих звичок. Водночас, 27% опитаних протягом тижня вживали алкогольні напої, 26% жодного разу не займалися спортом або будь-якими видами рухової активності за останній рік, 10% пробували наркотики, 27% курять. Майже половина (44%) респондентів зазначили, що «Поширення серед молоді здорового і безпечного способу життя» має бути пріоритетним напрямом державної молодіжної політики, а 17% – про необхідність знань про відповідну діяльність у регіоні проживання.

Формування ЗСЖ в Україні за 2015 р. проводилося з використанням усіх 3 форм гігієнічного виховання населення (індивідуального, групового та масового) і різноманітних його засобів.

Як і в попередні роки, навчання пацієнтів за медико-оздоровчими показаннями (факультативна гігієнічна підготовка окремих груп та контингентів населення), яке проводилося силами медичних працівників, у 2015 р. кількісно домінувало серед інших напрямків гігієнічного виховання населення (табл. 12.2).

Таблиця 12.2

**Охоплення факультативним гігієнічним навчанням окремих контингентів населення у 2012–2015 рр. (узагальнена форма № 51-здоров)**

Контингент	Рік							
	2012		2013		2014		2015	
	усього (абс.)	% від осіб, які підлягають навчанню	усього (абс.)	% від осіб, які підлягають навчанню	усього (абс.)	% від осіб, які підлягають навчанню	усього (абс.)	% від осіб, які підлягають навчанню
Реконвалесценти	5,03 млн	75,8	5,33 млн	76,7	4,7 млн	83,7	4,6 млн	84,0
Вагітні	431,2 тис.	94,6	423,6 тис.	95,9	379,9 тис.	95,4	352,8 тис.	95,5
Породіллі	398,6 тис.	96,4	384,5 тис.	96,9	352,7 тис.	97,1	312,4 тис.	0,98
Матері дітей 1-го року	378,9 тис.	95,9	369,0 тис.	96,6	341,8 тис.	95,9	282,3 тис.	94,6

Матері, які госпіталізовані з хворою грудною дитиною	224,3 тис.	94,0	230,5 тис.	94,4	197,3 тис.	94,8	160,7 тис.	93,3
--	------------	------	------------	------	------------	------	------------	------

*Примітки: \* – дані по АР Крим та по м. Севастополю за 2015 р. відсутні, а по Донецькій та Луганській областях представлені частково; \*\* – по всіх контингентах дані по м. Києву за 2012–2015 рр. відсутні.*

Недоліки, притаманні такій формі гігієнічного навчання, як і в попередні роки, залишилися без змін: воно ґрунтується тільки на вербальних методах через відсутність будь-яких наочних і популярних санітарно-освітніх матеріалів, у медиків відсутня мотивація до якісного її проведення, переважна більшість медичних працівників не мають відповідної підготовки з методики гігієнічного навчання населення тощо. Більш того її високі показники викликають певну недовіру.

Як і в попередні роки, у 2015 р. ЗМІ були одним із найбільш масових і доступних джерел інформування населення з питань профілактики захворювань та ЗСЖ. Вони сприяли формуванню серед людей ціннісних орієнтацій у різних сферах, у т.ч. щодо здоров'я, та водночас стали своєрідною системою неформальної освіти різних верств населення.

Показники використання ЗМІ в інтересах формування ЗСЖ та профілактики захворювань наведені в таблиці 12.3.

Таблиця 12.3

**Інформування населення про здоровий спосіб життя та профілактику захворювань через ЗМІ у 2012–2015 рр.\***

ЗМІ	Кількість заходів (тис.)											
	Рік											
	2012			2013			2014			2015		
	1**	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Обласні	14,1	9,7	28,3	17,4	11,3	32,4	11,5	7,2	21,8	11,9	6,5	21,0
Міські	17,4	20,4	42,3	17,7	20,8	33,4	13,1	15,6	26,3	12,5	12,6	24,7
Відомчі, багатотиражки	-	42,1	4,4	-	30,3	2,4	-	15,4	1,1	-	14,8	1,7
Усього	31,5	72,2	75,0	35,1	62,4	68,2	24,6	38,2	49,2	24,4	33,9	47,4

*Примітки: \* – дані узагальненої ф. № 51-здоров за 2012–2015 рр.; \*\* 1 – телепередачі, 2 – радіопередачі, 3 – публікації.*

Зменшення обсягів інформації з медичної тематики за всіма видами ЗМІ у 2015 р. порівняно з попередніми роками пояснюється тим, що по 2 регіонах (АР Крим та м. Севастополь) дані відсутні, а ще по 2 регіонах (Донецька та Луганська області) інформація наведена частково.

Незважаючи на значний обсяг інформації зі здравоохоронної тематики, не проводився моніторинг за її змістом та якістю, не вивчалася ставлення широких верств населення до різноманітних джерел інформації тощо. Однак основний недолік в інформуванні населення через ЗМІ, як і раніше, полягає в існуючій практиці спорадичного надання матеріалів з цієї проблеми замість систематичних інформаційних проектів з актуальних аспектів індивідуального і громадського здоров'я.

Як і в попередні роки, з метою привернення уваги населення до актуальних проблем охорони здоров'я у 2015 р. в регіонах проводилися пропагандистські акції, присвячені як знаменним датам, так і у зв'язку з епідемією. Кількість проведених акцій у регіонах

коливалася досить широко: від 6–10 (Волинська, Хмельницька та Черкаська області), 11–20 (Вінницька, Київська, Кіровоградська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Харківська, Херсонська, Чернігівська, Чернівецька області та м. Київ) до 21–30 і навіть більше (Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Закарпатська, Львівська, Луганська, Тернопільська області).

Ефективність масових акцій не відома. Організація та забезпечення масовості таких акцій потребує певного фінансового забезпечення, механізм якого дотепер не розроблений. Вони потребують різноманітних диференційованих, тобто розрахованих на різні види аудиторії як відео- та аудіоматеріалів, так і популярних санітарно-освітніх матеріалів, насамперед плакатів і малоформатних видів друкованої продукції. Водночас, слід мати зворотний зв'язок від об'єктів пропагандистського впливу. Адже тільки вивчення поглядів, інтересів та потреб населення щодо інформації, яка надається, мотивів поведінки, ступеня довіри населення до тих чи інших методів і засобів інформації, думки населення регіону про якість санітарно-освітніх заходів, організованих регіональними органами охорони здоров'я (теле- і радіопередачі, публікації в пресі) дає змогу оперативно вносити корективи у зміст та організацію інформаційних заходів тощо.

Однак ефективність пропагандистських компаній незначна, про що непрямо може свідчити кількість звернень населення як до телефону довіри, так і до телефону «гарячої лінії» (табл. 12.4).

Таблиця 12.4

**Звернення населення до телефонів довіри та «гарячої лінії» у 2015 р. (абс.)**

Телефон	Число регіонів, де немає таких заходів	Кількість звернень населення		
		усього	у т.ч. (на один регіон)	
			мінімум	максимум
Довіри	1	84759	80	14195
«Гарячої лінії»	4	46155	93–123	9175

Проте ефективність пропагандистських заходів значно підвищується, коли вони супроводжуються різними оздоровчими заходами на вулицях та в ЗОЗ.

За інформацією Київського міського центру здоров'я, у 2015 р. такими заходами охоплено близько 100 тис. киян і гостей. Так, під час проведення Всесвітнього дня здоров'я (7 квітня 2015 р.) у 20 ЗОЗ первинної ланки міста організовано вимірювання артеріального тиску, цукру крові, надання консультацій лікарями різного профілю тощо, якими охоплено майже 3,4 тис. осіб. До Всесвітнього дня боротьби з меланомою (24–25 квітня 2015 р.) у 7 закладах ТМО «Дерматовенерологія» охоплено обстеженням понад 2,2 тис. осіб, серед яких виявлено 68 осіб із новоутворенням шкіри тощо.

Залучення ЗМІ до інформування населення про актуальні проблеми охорони здоров'я сприяє готуванню матеріалів для мас-медіа та організації брифінгів і прес-конференцій. У 2015 р. загалом підготовлено понад 2,9 тис. прес-релізів та організовано майже 2,0 тис. прес-конференцій і брифінгів. Водночас, у 8 регіонах недостатньо уваги приділяється прес-кітам, тобто добіркам матеріалів для прес-конференцій чи брифінгів. Це стосується підготовки прес-релізів. Так, у Волинській, Дніпропетровській, Запорізькій, Кіровоградській, Одеській, Полтавській, Тернопільській та Чернівецькій областях кількість проведених прес-

конференцій перевищує число підготовлених прес-релізів, тобто на деяких прес-конференціях представники ЗМІ не отримують відповідних прес-релізів.

Популярна санітарно-освітня література є важливим засобом інформування населення про профілактику захворювань і ЗСЖ. Її необхідність полягає в тому, що відсутність або обмаль такої літератури унеможлиблює здійснення будь-яких інтервенцій з різноманітних питань ЗСЖ, що повинні здійснюватися у закладах ПМСД, насамперед, щодо відмови від куріння, зменшення вживання алкоголю, додержання норм раціонального харчування, своєчасного проходження профілактичних обстежень, своєчасного щеплення тощо. Без неї неможливим є виконання УКПМД в частині забезпечення пацієнтів матеріалами відповідно до стану власного здоров'я. Кількість найменувань і загальний обсяг популярної літератури зі здоровоохоронної тематики стабільно низькі: 2011 р. – 1,9 тис. найменувань накладом 1,4 млн прим., 2012 р. – майже 2,0 тис. найменувань накладом понад 1,0 млн, 2013 р. – понад 2,7 тис. найменувань накладом 1,23 млн прим., 2014 р. – майже 1,9 тис. найменувань накладом 0,921 млн прим., 2015 р. – трохи більше 2,0 тис. найменувань накладом 1,01 млн прим. Таким чином, загальний обсяг 1 найменування популярної санітарно-освітньої літератури для населення в регіонах за останні 5 (2011–2015) років становив 700 прим., 512 прим., 449 прим., 491 прим. і 493 прим. відповідно. Такий обсяг виданих популярних санітарно-освітніх матеріалів виключає можливість забезпечення в достатній кількості населення будь-якого регіону навіть з однієї найбільш актуальної регіональної проблеми. Тим самим спостерігається в усіх, без винятку, регіонах гострий її дефіцит. Слід зазначити, що у 2 областях (Одеській і Чернігівській) такі матеріали в 2015 р. не видавалися взагалі, а ще у 6 областях (Донецькій, Луганській, Миколаївській, Сумській, Херсонській, Чернівецькій) та в м. Києві загальний наклад виданих матеріалів навіть не досягав 10,0 тис. примірників.

Реформа охорони здоров'я, яка здійснюється в Україні, орієнтована на розвиток ПМСД на засадах ЗПСМ. Вона відповідає загальноприйнятому курсу європейської охорони здоров'я. Напрямок на сімейну медицину має компенсувати прогалини у профілактичній та медико-соціальній роботі ЗОЗ. На Парламентських слуханнях у Верховній Раді України, які відбулися 05.06.2013 р. з тематики «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України», наголошено, що з поширенням сімейної медицини тісно пов'язані запровадження профілактичного напрямку в охороні здоров'я, пропаганда ЗСЖ, зміна ціннісних орієнтирів тощо.

У 2015 р. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» проведено вивчення стану застосування профілактичних методів у практичній діяльності ЛЗПСЛ (шляхом одержання відповідної інформації від обласних УОЗ щодо оптимізації профілактичної роботи закладів ПМСД за спеціально розробленою формою, яка складалася із 19 запитань) у 15 регіонах.

За отриманими даними, якісні профілактичні послуги у ЦПМСД не проводяться насамперед через дефіцит часу (I місце), через недосконалість системи оплати праці ЛЗПСЛ (II місце), що наразі не залежить від якості та кількості профілактичних послуг, а також через низький престиж профілактичної роботи (III місце) і відсутність матеріальних передумов у ЦПМСД (IV місце). Таким чином, для надання профілактичних послуг, на думку регіонів, об'єктивні передумови мають визначальне, а суб'єктивні – лише другорядне значення. Однак на практиці в закладах ПМСД перевага надається пасивним стратегіям профілактики, зокрема,

організації телефону «гаряча лінія» та веб-сайтів із питань ЗСЖ і керованих факторів ризику ХНІЗ, а також засобам наочної пропаганди з питань ЗСЖ, що, ймовірно, пояснюється тим, що ці дії не потребують ні значних коштів, ні людських зусиль, однак спроможні охопити значні верстви населення тощо. З активних стратегій профілактики високо оцінюється тільки стратегія щодо роботи з профілактики та формування ЗСЖ при проведенні атестації ЛЗПСЛ. Водночас, невисоко оцінюються УКПМД, що, безумовно, свідчить про суттєві недоліки щодо їх впровадження. Низько оцінюються стратегії профілактики, що ґрунтуються на індивідуальних і групових формах навчання пацієнтів. Недооцінка цих стратегій, імовірно, пов'язана з недостатньою підготовкою спеціалістів із сімейної медицини з питань профілактики, зокрема, оволодіння комунікативними навичками спілкування з пацієнтами тощо. За даними областей, на профілактичні послуги під час амбулаторного прийому витрачають звичайно від 0–1 хв до 5 хв, а доцільно витратити 5–10 хв і більше.

Разом із вивченням застосування профілактичних методів у практичній діяльності закладів ПМСД проаналізовано 19 УКПМД, які стосуються ПМСД у частині профілактики найбільш поширених та актуальних в Україні захворювань (ЦД, гепатитів, ССЗ, ГРІ, бронхіальної астми, туберкульозу, грипу тощо).

У більшості проаналізованих УКПМД заходи з первинної профілактики практично зводяться до констатації необхідності коригування способу життя пацієнтів. Однак таке індивідуальне консультування пацієнтів не враховує рівня готовності пацієнта до зміни способу життя, проте всі пацієнти, відповідно до вимог УКПМД, мають отримувати однотипні рекомендації, що негативно позначається на якості консультування і потребує від ЛЗПСЛ додаткових витрат робочого часу. Хоча в проаналізованих УКПМД (первинна медична допомога) мають бути групові форми навчання пацієнтів з однотипними захворюваннями, проте вони, по-перше, більшістю з них не передбачені взагалі, по-друге, не обов'язкові (а бажані), по-третє, не мають чітко визначених обсягу і тематики навчання, не включені до переліку клінічних індикаторів тощо.

Значним недоліком УКПМД є те, що індикатори надання профілактичних послуг передбачені лише в деяких із них і носять не якісний, а лише кількісний характер. Пацієнти з певною патологією забезпечені відповідними матеріалами з первинної та вторинної профілактики. Тому визначення в динаміці індикаторів якості надання профілактичних послуг не передбачене жодним УКПМД тощо.

Відсутність усталеного механізму фінансування діяльності з формування ЗСЖ та первинної профілактики ХНІЗ у регіонах на практиці призводить до нерівномірності розвитку послуг із формування ЗСЖ в областях тощо (табл. 12.5).

Негативно впливає на профілактичну роботу ЗОЗ те, що інформаційний супровід діяльності з цього напрямку, покладений на обласні та міські центри здоров'я, у багатьох регіонах порушений. В Україні мережа центрів здоров'я невинно скорочується. Міські центри здоров'я залишилися (без урахування АР Крим, Донецької і Луганської областей) в лічених регіонах (Дніпропетровській, Запорізькій, Львівській, Одеській та Харківській). У ряді областей (Житомирській, Миколаївській, Сумській, Херсонській, Чернігівській та інших) під виглядом реорганізації фактично ліквідовані обласні центри здоров'я, які функціонують як відділи інформаційно-аналітичних центрів або лікарсько-фізкультурних диспансерів із втратою власних штатів і кадрів, позбавленням будь-якої самостійності у своїх діях, фінансування на санітарно-освітні заходи тощо.

Нерівномірність послуг із формування здорового способу життя в регіонах за 2014–2015 рр.

Послуги із ЗСЖ					
Видання санітарно-освітньої літератури для населення		Інформаційно-методичний супровід діяльності з ЗСЖ (видання методичних матеріалів)	Функціонування телефону довіри	Функціонування телефону «гаряча лінія»	Проведення соціологічних досліджень щодо рівня поінформованості населення з питань ЗСЖ
Буклети, пам'ятки	Плакати				
Кількість регіонів, в яких ці послуги відсутні					
2014					
2		4	2	5	7
2015					
2*	9**	4***	3	4	8****

Примітки: \* – Одеська та Чернігівська області; \*\* – Запорізька, Львівська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Сумська, Херсонська, Хмельницька та Чернігівська області; \*\*\* – Кіровоградська, Львівська, Одеська та Полтавська області; \*\*\*\* – Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Львівська, Одеська, Чернівецька області та м. Київ.

ВООЗ ще у 70-ті роки ХХ ст. наголошувала, що важливим чинником, який визначає ефективну діяльність служби санітарної освіти, є те становище, яке вона займає в адміністративній структурі галузі. У завданні 15 стратегії ВООЗ «Політика щодо досягнення здоров'я для всіх» зазначено: «Національні та федеральні інститути і заклади, які займаються проблемами зміцнення здоров'я, щоб ефективно функціонувати, повинні мати широкі повноваження і високий ступінь самостійності».

*Висновки*

1. На сучасному етапі розвитку України впровадження ЗСЖ є важливою складовою сучасної стратегії протидії ХНІЗ і соціально небезпечним хворобам. Однак на сьогодні існує багато невирішених проблем щодо діяльності з формування ЗСЖ.
2. Система неформального гігієнічного навчання різноманітних верств населення неефективна та потребує радикальних змін.
3. Відсутність певного механізму фінансування роботи з формування ЗСЖ призводить до нерівномірності розвитку профілактичних послуг у регіонах.
4. Час, який витрачається на профілактичні послуги під час амбулаторного прийому ЛЗПСЛ, та акцентування на пасивні стратегії профілактики, недостатній для надання якісної профілактичної допомоги пацієнтам.
5. УКПМД, що стосуються ПМСД у частині профілактики, потребують певної корекції.
6. Інформаційний супровід діяльності з формування ЗСЖ і первинної профілактики захворювань у регіонах порушений.



## БІБЛІОГРАФІЯ

1. Антитерористична операція в Україні: уроки медичного забезпечення / В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський, М. В. Кудренко, Г. О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3 : Спецвипуск.
2. Батманова І. Ю. Сучасні підходи до організації медичної допомоги населенню з хворобами крові та кровотворних органів / І. Ю. Батманова, Г. О. Слабкий // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я. – 2014. – № 1. – С. 12–15.
3. Боронина І. В. Динамика выживаемости детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении в Воронежской области с 2008 по 2012 г. / И. В. Боронина, А. Ф. Неретина, И. Н. Попова // Российский вестн. перинатол. и педиатрии. – 2015. – Т. 60, № 1. – С. 27–31.
4. Боярчук Д. Сигарети, контрабанда і акцизи: європейські практики гармонізації акцизних ставок [Електронний ресурс] / Д. Боярчук, Н. Лещенко. – Режим доступу : <http://cost.ua/files/cigarettes-smuggling-excise.pdf>. – Назва з екрану.
5. Воєнно-медична доктрина України як основа системи військово-медичних стандартів / В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський, М. В. Кудренко, І. П. Мельник // Економіка і право охорони здоров'я. – 2015. – № 1 (1).
6. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций. Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2000 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.un.org/russian/document/declarat/summitdecl.htm>. – Название с экрана.
7. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/20100910\\_gswch\\_russian.pdf](http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/20100910_gswch_russian.pdf). – Название с экрана.
8. Глобальная стратегия по питанию детей грудного и раннего возраста : материалы 55-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Женева, ВОЗ, 2002 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.medicinamoskva.ru>. – Название с экрана.
9. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. – ВОЗ, 2004. – 18 с.
10. Глобальное бремя болезней: Обновленная информация 2004 г. – Женева : ВОЗ, 2009.
11. Горбань А. Є. Стан інформатизації системи охорони здоров'я та впровадження телемедичних технологій / А. Є. Горбань, Є. М. Кривенко // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік : [монографія] ; за ред. Р. В. Богатирьової. – Київ, 2013. – С. 385–404.
12. Грошово-кредитна та фінансова статистика. Січень 2016 : Статистичний бюллетень / Національний банк України, 2016. – С. 3.
13. Дані щодо ВВП за 2015 станом на грудень 2015 року / Міністерство економічного розвитку і торгівлі України // Україна: перспективи розвитку (Консенсус-прогноз). – 2015. – С. 23.
14. Действия систем здравоохранения по устранению гендерного неравенства, способствующие ускорению прогресса в достижении Целей развития тысячелетия 4 и 5, касающихся здоровья матери и ребенка (на англ. яз.). Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2010

[Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/127527/e94498.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/127527/e94498.pdf). – Название с экрана.

15. Декларация Глобальной министерской конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, Москва, 28–29 апреля 2011 г. Женева, ВОЗ, 2011.

16. Дети: сокращение смертности : информационный бюллетень № 178. Женева, ВОЗ, 2012 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/ru/index.html>. – Название с экрана.

17. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам : постанова Кабінету Міністрів України №11 від 23.01.2015 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-%D0%BF>. – Назва з екрану.

18. Діяльність будинків дитини, що перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України, у 2015 році / МОЗ України, Центр медичної статистики МОЗ України. – Київ, 2016. – 51 с.

19. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2008 г. Комплекс мер MPOWER. – ВОЗ, 2008. – 332 с.

20. Доклад о развитии человека, 2010. Реальное богатство народов. Нью-Йорк, Программа развития Организации Объединенных Наций, 2010 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://www.un.org/ru/development/hdr/2010/hdr\\_2010\\_complete.pdf](http://www.un.org/ru/development/hdr/2010/hdr_2010_complete.pdf). – Название с экрана.

21. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 г. – Женева : ВОЗ, 2013. – 170 с.

22. Дудіна О. О. До стану здоров'я дитячого населення / О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець, У. В. Волошина // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3. – С. 10–11.

23. Дудіна О. О. Нормативно–правове забезпечення регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / О. О. Дудіна, У. В. Волошина // Економіка і право охорони здоров'я. – 2015. – № 1 (1). – С. 64–69.

24. Дудіна О. О. Оцінка ефективності впровадження медико-організаційних технологій клінічних протоколів / О. О. Дудіна, Р. О. Моїсеєнко, Г. І. Лізунова // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 1 (21). – С. 61–64.

25. Дудіна О. О. Покращення умов для виживання і підвищення якості жінок / О. О. Дудіна // Міжгалузєва комплексна програма «Здоров'я нації 2002–2012». – Київ, 2012. – С. 33–47.

26. Дудіна О. О. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дитячого населення / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 2. – С. 49–57.

27. Дудіна О. О. Сучасний стан захворюваності вагітних і новонароджених / О. О. Дудіна // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 2. – С. 9–15.

28. Дудіна О. О. Сучасні перинатальні технології – важлива складова поліпшення здоров'я дітей / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко, Р. О. Моїсеєнко // Современная педиатрия. – 2015. – № 4. – С. 24–29.

29. Дудіна О. О. Перші результати впровадження заходів національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства» / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 1. – С. 5–12.

30. Дудіна О. О. Досягнення, проблеми та шляхи вирішення питань в охороні здоров'я матерів і дітей / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Результати діяльності галузі охорони здоров'я: 2012 рік. – Київ, 2013. – С. 37–51.
31. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (документ EUR/RC62/12). – 52 с.
32. Европейский стратегический подход к обеспечению безопасной беременности: улучшение материнского и перинатального здоровья. Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2009 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/136726/E90771R.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/136726/E90771R.pdf). – Название с экрана.
33. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.euro.who.int/ru/homo>. – Title from screen.
34. Європейська база даних «Здоров'я для всіх» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/hfadb>. – Назва з екрану.
35. З 1 вересня змінилися мінімальні ціни на алкоголь [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://tr.sfs.gov.ua/media-ark/news-ark/213036.html>. – Назва з екрану.
36. Забезпечення закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням. – Київ, 2014. – 192 с.
37. Здоров'я 2020. Основи європейської політики та стратегія для ХХІ ст. / WHO, Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2013. – 224 р.
38. Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 1990–1999 роках (статистично-аналітичний довідник). – Київ : ЦМС МОЗ України, 2000. – 208 с.
39. Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия / ЕРК ВОЗ. – Мальта, 2012. – 18 с.
40. Знаменская М. А. Пути обеспечения населения информацией о здоровом образе жизни в условиях реформирования системы здравоохранения страны / М. А. Знаменская, Г. А. Слабкий // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. – 2014. – № 2(32). – С. 115–119.
41. Знаменська М. А. Інформатизація закладів охорони здоров'я, як основа ефективних комунікацій в системі охорони здоров'я / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // Медична інформатика та інженерія. – 2015. – № 2. – С. 85–89.
42. Знаменська М. А. Комунакації в практиці сімейного лікаря / М. А. Знаменська // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 1. – С. 122–125.
43. Знаменська М. А. Комунікативна політика як ефективний засіб реформування системи охорони здоров'я / М. А. Знаменська // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – №1. – С. 78–83.
44. Знаменська М. А. Методичні підходи до оцінки ефективності програм комунікацій з населенням в охороні здоров'я / М. А. Знаменська // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 2. – С. 42–46.
45. Знаменська М. А. Щодо відповідального ставлення дорослого населення з хронічними неінфекційними хворобами до власного здоров'я та способу життя / М. А. Знаменська // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 2. – С. 81–84.
46. Неонатологія з позиції сімейного лікаря : навчальний посібник для лікарів-інтернів, неонатологів і лікарів загальної практики-сімейної медицини за спеціальностями

«неонатологія», «загальна практика – сімейна медицина» / Т. К. Знаменська, О. К. Толстанов, В. І. Похилько [та ін.]. – 3-є вид., оновл. – Київ, 2015. – 433 с.

47. Итоговый документ Всемирного саммита 2005 года. Резолюция Генеральной Ассамблеи A/RES/60/1. Нью-Йорк : Организация Объединенных Наций, 2005 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/undoc/gen/n05/487/62/pdf/N0548762.pdf?OpenElement>. – Название с экрана.

48. Комиссия по социальным детерминантам здоровья. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html). – Название с экрана.

49. Контроль над тютюном в Україні. Другий національний звіт / К. С. Красовський, Т. І. Андреева, А. А. Григоренко [та ін.]. – Київ : МОЗ України, ДУ УІСД МОЗ, 2014. – 128 с.

50. Концептуальні підходи до створення та розвитку єдиного медичного простору / Г. О. Слабкий, В. І. Стриженко, О. Ю. Булах, М. В. Кудренко // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3: спецвипуск.

51. Кривенко Є. М. Єдина інформаційна системи охорона здоров'я – інструмент підвищення ефективності комунікацій у галузі / Є. М. Кривенко, О. Р. Ситенко // Матер. III міжнар. мед. конгр. [«Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України», (Київ, 14–16 жовт. 2014 р.) : тези доп. – С. 9.

52. Кривенко Є. М. Інформатизація охорони здоров'я як складова управління галуззю / Є. М. Кривенко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2013. – № 4 (58). – С. 71–76.

53. Кривенко Є. М. Інформаційна складова діяльності керівників охорони здоров'я різних рівнів / Є. М. Кривенко // Клінічна інформатика і Телемедицина. – 2015. – Т. 11, вип. 12. – С. 19–25.

54. Кривенко Є. М. Підвищення рівня інформаційного забезпечення охорони здоров'я / Є. М. Кривенко, О. Р. Ситенко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2015. – № 3 (65). – С. 27–30.

55. Кривенко Є. М. Розвиток інформаційно-комунікаційних технологій в охороні здоров'я України в умовах реформування (огляд літератури) / Є. М. Кривенко, О. Р. Ситенко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2013. – № 3 (57). – С. 50–54.

56. Кривенко Є. М. Роль комунікаційної діяльності у розвитку охорони здоров'я (огляд літератури) / Є. М. Кривенко, О. Р. Ситенко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2015. – № 4 (66). – С. 49–55.

57. Кривенко Є. М. Роль комунікації та PR-технологій у взаємодії галузі охорони здоров'я та громадськості / Є. М. Кривенко, О. Р. Ситенко // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4 (28). – С. 101–105.

58. Кривенко Є. М. Стан інформатизації системи охорони здоров'я та впровадження телемедичних технологій / Є. М. Кривенко, О. Р. Ситенко, М. А. Знаменська // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі. – Київ, 2015. – С. 404–417.

59. Кривенко Є. М. Сучасна структура функціонально-організаційної моделі інформатизації охорони здоров'я на регіональному рівні / Є. М. Кривенко // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 2 (30). – С. 75–82.
60. Кривенко Є. М. Підходи до комунікації з підготовки реформування системи охорони здоров'я в не пілотних регіонах / Є. М. Кривенко // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 1 (21) – С. 80–85.
61. Курс на оздоровлення. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2006. – 62 с.
62. Ласуэлл С. М. Регионализация перинатальной помощи детям с очень низкой массой тела при рождении и недоношенным детям: метаанализ [Електронний ресурс] / С. М. Ласуэлл. – Режим доступу : <http://www.healquality.ru>. – Назва з екрану.
63. Матюха Л. Ф. Результати соціологічного дослідження інтернів щодо їх готовності до надання первинної медичної допомоги дитячому населенню України / Л. Ф. Матюха, Г. О. Слабкий, Т. М. Бухановська // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 2. – С. 52–61.
64. Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги населенню в регіональному аспекті. 2013 рік. – Київ : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014. – 168 с.
65. Медичне забезпечення антитерористичної операції: Воєнно-медична доктрина України як інструмент формування єдиного медичного простору / В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський, М. В. Кудренко, І. П. Мельник // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 1 (33).
66. Медичне забезпечення антитерористичної операції: стан, проблеми та напрями удосконалення / В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський, М. В. Кудренко [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 2 (34).
67. Медичне забезпечення Збройних Сил України: актуальні питання удосконалення з огляду на тенденції розвитку системи охорони здоров'я України / В. О. Жаховський, О. Ю. Булах, В. Г. Лівінський, М. В. Кудренко // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 4 (32).
68. Мировая статистика здравоохранения. 2012 год. – Женева : ВОЗ, 2013. – 176 с.
69. Міністерство молоді та спорту України. Соціологічне дослідження «Молодь України-2015» (Інфографіка) // Microsoft PowerPoint-[Infografiki\_doslidjennya].
70. Мінмолодьспорт України. Національно-патріотичне виховання – державний пріоритет національної безпеки. Щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України про становище молоді (за підсумками 2014 року). – Київ, 2015. – 200 с.
71. Моїсеєнко Р. О. Оптимізація системи надання медичної допомоги дітям і матерям в Україні: реалії і перспективи : монографія / Р. О. Моїсеєнко. – Київ : Логос, 2013. – 232 с.
72. Моніторинг стану здоров'я матері і дитини MATRIX-BABIES : аналітично-статистичний довідник. – Київ, 2016. – 52 с.
73. На що українці витрачають зарплати (інфографіка) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://tyachivnews.in.ua/novini/tyachyvschina/ekonomka/2904-na-scho-ukrayinc-vitrachayut-zarplati-nfografka.html>. – Назва з екрану.
74. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2014 році : Статистичний бюллетень / Державна служба статистики України. – Київ, 2016. – 132 с.

75. Новая европейская политика здравоохранения Здоровье – 2020 / Шестьдесят первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. EUR/RC61/Inf.Doc./4, Баку, Азербайджан, 12–15 сент. 2011 г. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2011. – 129 с.
76. Новорожденные: снижение смертности : информационный бюллетень № 333. Женева, ВОЗ, 2012. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/ru>. – Название с экрана.
77. Мельник П. С. Організаційно-правові основи діяльності національної системи охорони здоров'я. Реалії. Проблеми. Інтеграція відомчих медичних структур – ключовий аспект у формуванні єдиного медичного простору держави / П. С. Мельник, О. М. Дзюба, М. В. Кудренко // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3 : спецвипуск.
78. Основные показатели здоровья в Европейском регионе ВОЗ. 2013 г. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ. – 10 с.
79. Осуществление перспективного видения : звіт Регіонального директора про роботу ВООЗ в Європейському регіоні в 2012–2013 рр. / WHO. Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2014. – 78 с.
80. Отруєння в армії стаються через алкоголь, а суїцид – від депресії [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://ukr.lb.ua/news/2015/10/07/317941\\_otruienyya\\_armii\\_stayutsya\\_cherez.html](http://ukr.lb.ua/news/2015/10/07/317941_otruienyya_armii_stayutsya_cherez.html). – Назва з екрану.
81. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи : спеціалізоване видання / В. В. Лазоришинець, Н. О. Лісневська, Л. Я. Ковальчук [та ін.]. – Київ, 2014. – 608 с.
82. Паспорт бюджетної програми «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» на 2015 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/docfiles/2301610.pdf>. – Назва з екрану.
83. Перша глобальна стратегія ВООЗ в області репродуктивного здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://whqlibdoc.who.int>. – Назва з екрану.
84. Показники виконання Зведеного бюджету України за 2014–2015 роки за даними Державної казначейської служби України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/doccatalog/list?currDir=305190>. – Назва з екрану.
85. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2013–2014 роки. – Київ : ЦМС МОЗ України, 2015. – 328 с.
86. Порядок та умови надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» : постанова Кабінету Міністрів України від 27.05.2015 р. №350 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=248206393>. – Назва з екрану.
87. Пояснювальна записка до проекту Постанови Верховної Ради України «Про впровадження мораторію на закриття закладів охорони здоров'я, що входили до сфери управління Міністерства інфраструктури України» №4157 від 25.02.2016 р. (ініційовано народними депутатами України Бондарем В. В., Остапчуком В. М., Кулінічем О. І. [Електронний ресурс] – Режим доступу : [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=58292](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=58292). – Назва з екрану.
88. Правительство ожидает дополнительных миллиардов от повышения акциза на табак и алкоголь [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://ru.tsn.ua/groshi/pravitelstvo->

- ozhidaet-dopolnitelnyh-milliardov-ot-povysheniya-akciza-na-tabak-i-alkogol-543710.html. – Название с экрана.
89. Право на здоров'є. Женева, Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, 2008 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/pactecon.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon.shtml). – Название с экрана.
90. Предотвращение хронических болезней: жизненно важное вложение средств : доклад ВОЗ. – Канада : Агенция общественного здоровья, 2005. – 33 с.
91. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформи міжбюджетних відносин : Закон України №79-VIII від 28.12.2014 р. [Електронний ресурс] // Офіційний вісник України. – 2015. – №3. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/card/79-19>. – Назва з екрану.
92. Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо забезпечення збалансованості бюджетних надходжень у 2016 році : Закон України від 24.12.2015 №909-VIII // Офіційний вісник України. – 2016. – № 3. – С. 99, ст. 152, код акту 80242/2016.
93. Про затвердження Галузевої програми «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006–2010 роки» : наказ МОЗ та АМН України №529/49 від 31.07.2006 р. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
94. Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення : Закон України від 22.09.2005 №2899-IV // Офіційний вісник України. – 2005. – № 42. – С. 51, ст. 2642, код акту 34098/32005.
95. Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» : Указ Президента України від 09.02.2016 №42/2016 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/U042\\_16.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/U042_16.html). – Назва з екрану.
96. Про подальше впровадження Розширеної ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» в Україні : наказ МОЗ України від 28.10.2011 №715 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://news.yurist-online.com>. – Назва з екрану.
97. Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну // Офіційний вісник України. – 2006. – № 13. – С. 128, ст. 861.
98. Регіоналізація перинатальної допомоги: американський досвід // Доповідь на міжнародній конференції Сучасні підходи до виходжування глибоконедоношених дітей (Київ, 05–06.03.2013 р.) [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.slideshare.net/MCH-org-ua/ss-17177098>. – Назва з екрану.
99. Регіональні системи охорони здоров'я України. 2014 рік. Частина I : монографія / за ред. П. С. Мельника. – Київ, 2015. – 392 с.
100. Регіональні системи охорони здоров'я України. 2014 рік. Частина II : монографія / за ред. П. С. Мельника. – Київ, 2015. – 394 с.
101. Резолюція WHA62.14 Всемирной ассамблеи здравоохранения “Уменьшение несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья”. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 [Электронный документ]. – Режим доступа : [http://apps.who.int/gb/or/r/r\\_wha62r1.html](http://apps.who.int/gb/or/r/r_wha62r1.html). – Название с экрана.

102. Результати опитування КМІС щодо тютюнокуріння в Україні в 2015 році у порівнянні з 2013–2014 роками / Київський міжнародний інститут соціології. Прес-реліз від 29.01.2016 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=587&page=1&t=7>. – Назва з екрану.

103. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення. – Київ, 2014. – 207 с.

104. Ринда Ф. П. Стан і проблеми наркоманії та алкоголізації населення / Ф. П. Ринда, В. В. Кручаниця // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 р. / за ред. Квіташвілі О. ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ : МВЦ «Медінформ», 2015. – С. 128–138.

105. Рио-де-Жанейрская политическая декларация по социальным детерминантам здоровья. Всемирная конференция по социальным детерминантам здоровья, Рио-де-Жанейро, Бразилия, 21 октября 2011 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011. – [Электронный документ]. – Режим доступа : <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en>, [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/E130/B130\\_15-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/E130/B130_15-ru.pdf). – Название с экрана.

106. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 р. (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2015 року). – Київ : Державна Служба Статистики України, 2016. – 149 с.

107. Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние: Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.: отчет. Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2009. – [Электронный документ]. – Режим доступа : [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/78951/E92150R.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/78951/E92150R.pdf). – Название с экрана.

108. Ситенко О. Р. Використання медичних інформаційних систем у комунікаційній діяльності / О. Р. Ситенко, Є. М. Кривенко // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3 (35). – С. 94–100.

109. Ситенко О. Р. Методологічні підходи до комунікацій в умовах підготовки до реформування системи медичної допомоги : інформ. лист № 458 / О. Р. Ситенко, Є. М. Кривенко, А. Є. Горбань ; ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи «Укрмедпатентінформ». – Київ, 2012.

110. Загальна характеристика стану здоров'я населення України / Г. О. Слабкий, С. В. Дудник, О. О. Дудіна, С. Р. Габорець // Регіональні системи охорони здоров'я України 2014 рік : монографія ; за ред. П. С. Мельника. – Київ, 2015. – Ч. I. – С. 6–26.

111. Слабкий Г. О. Методологія вивчення рівня впровадження інформатизації в систему охорони здоров'я України : методичні рекомендації / Г. О. Слабкий, О. Ю. Качур, Є. М. Кривенко, – Київ, 2014. – 20 с.

112. Слабкий Г. О. Підходи до комунікації з підготовки реформування системи охорони здоров'я в не пілотних регіонах / Г. О. Слабкий, С. В. Збітнева // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 1 (21) – С. 65–69.



113. Слабкий Г. А. Методические подходы к проведению коммуникаций в ходе реформирования системы здравоохранения / Г. А. Слабкий, М. А. Знаменская // Экспериментальная и клиническая медицина. – 2013. – № 1. – С. 40–45.
114. Слабкий Г. А. Здоровье 2020 – новая Европейская политика и стратегия в интересах здоровья населения / Г. А. Слабкий, Г. Я. Пархоменко, Н. Ю. Астахова // Вісник проблем біології і медицини – 2014. – Вип. 3, Т. 1 (110). – С. 16–19.
115. Слабкий Г. О. Щодо комунікацій з перетворення закладів охорони здоров'я в комунальні неприбуткові підприємства / Г. О. Слабкий, М. А. Знаменська // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2015. – № 2 (16). – С. 167–169.
116. Комунікації у процесі впровадження та супроводу реформування / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Яценко, Л. В. Яценко, Р. П. Кнут // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2–3 (22–23). – С. 176–181.
117. Слабкий Г. О. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Г. О. Слабкий, І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Сімейна медицина. 2014. – № 3 (53). – С. 25–27.
118. Слабкий Г. О. Характеристика забезпеченості закладів охорони здоров'я третинного рівня високовартісним обладнанням та його використання / Г. О. Слабкий, Р. Л. Картавцев // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 2. – С. 5–9.
119. Деякі уроки реформи охорони здоров'я України / Г. О. Слабкий, В. М. Лехан, К. О. Надутый [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 3. – С. 7–22.
120. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я, забезпеченості населення лікарняними ліжками та основні показники їх використання / Г. О. Слабкий, Г. Я. Пархоменко, Н. Ю. Кондратюк, О. М. Торжевська // Український медичний часопис. – 2014. – № 5 (103). – С. 130–133.
121. Слабкий Г. О. Пацієнтоорієнтовані системи медичної допомоги: міжнародний досвід і завдання для України / Г. О. Слабкий, Н. Ф. Шишацька, В. В. Глуховський // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 1. – С. 62–66.
122. Стан здоров'я дітей 0–17 років включно за 2015 рік (аналітично-статистичний довідник) / Центр медичної статистики МОЗ України. – Київ, 2016.
123. Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2015 рік (аналітично-статистичний довідник) / Центр медичної статистики МОЗ України. – Київ, 2016.
124. Кривенко Є. М. Стан інформатизації системи охорони здоров'я та впровадження телемедичних технологій / Є. М. Кривенко, О. Ю. Качур, Г. О. Слабкий // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія. – Київ, 2014. – С. 385–400.
125. Стан інформатизації охорони здоров'я та впровадження телемедичних технологій / О. С. Коваленко, Є. М. Кривенко, Д. Д. Дячук, В. Г. Осташко // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – Київ, 2012. – С. 207–217.
126. Талліннська хартія: Системи охорони здоров'я для здоров'я та добробуту [Електронний ресурс]. – Режим доступу : – <http://www.euro.who.int/document/E91438r.pdf>. – Назва з екрану.

127. Терещенко А. В. Аналіз міжнародного і вітчизняного досвіду регіоналізації перинатальної допомоги (огляд літератури) / А. В. Терещенко, О. О. Дудіна, Р. О. Моїсеєнко // Здоров'є жінки. – 2014. – № 7. – С. 37–45.

128. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони // Офіційний вісник України. – 2014. – Т. 1, № 75. – С. 83, ст. 2125.

129. Українці кидають курити: результати опитування КМІС. Київський міжнародний інститут соціології. Прес-реліз від 20.11.2014 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=451&page=2>. – Назва з екрану.

130. Уряд пропонує ВР підвищити акциз на алкоголь у два рази. Пивовари просять президента переглянути відсоток підвищення [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.newsru.ua/arch/finance/14dec2015/aktsyzy.html>. – Назва з екрану.

131. Цели развития тысячелетия [веб-сайт]. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2013 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.un.org/russian/millenniumgoals>. – Название с экрана.

132. Чепелевська Л. А. Роль профілактики хронічних неінфекційних захворювань в покращенні медико-демографічної ситуації / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. уч. [«Стратегічні напрямки реалізації Європейської стратегії «Здоров'я–2020» в Україні»], (м. Полтава, 28–30 трав. 2014 р.). – Полтава, 2014. – С. 102–103.

133. Чепелевська Л. А. Сучасні медико-демографічні проблеми в Україні та шляхи їх подолання / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3 (35). – С. 39–43.

134. Чепелевська Л. А. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи. 2014 рік / Л. А. Чепелевська ; за ред. В. В. Лазоришинця, Н. О. Лісневської, Л. Я. Ковальчук [та ін.]. – Київ, 2014. – С. 7–9.

135. Чепелевська Л. А. Сучасні проблеми смертності населення України від хвороб системи кровообігу / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Східноєвропейський журн. громад. здоров'я. – 2013. – № 1 (21). – С. 275–276.

136. Чепелевська Л. А. Аналіз демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія. – Київ, 2014. – С. 12–34.

137. Чепелевська Л. А. Аналіз демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ : МВЦ «Медінформ», 2015. – С. 13–35.

138. Чепелевська Л. А. Вплив забруднення довкілля на тенденції смертності населення України від хвороб органів травлення / Л. А. Чепелевська // Тези доп. Міжнар. наук.-практ. конф. [«Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій»], (м. Херсон, 25–27 черв. 2014 р.). – Херсон, 2014. – С. 108–109.

139. Чепелевська Л. А. Зміни в чисельності та статеві-віковому складі населення України // Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 3 (31). – С. 33–40.
140. Чепелевська Л. А. Середня очікувана тривалість життя як критерій медико-демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 2 (56). – С. 39–44.
141. Чепелевська Л. А. Сучасні проблеми смертності населення України від хвороб органів травлення / Л. А. Чепелевська, О. М. Дзюба, Л. М. Карамзіна // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 1 (33). – С. 15–21.
142. Чібісова М. Попередити VS лікувати: профілактичний досвід сусідів / М. Чібісова // Ваше здоров'я. – 2014. – № 01–02 (1232–1233), 10 січня. – С. 16–17.
143. Шевченко М. В. Пілотний проект реформування системи охорони здоров'я (застосування елементів програмно-цільового методу, перехід до стратегічних закупівель) / М. В. Шевченко, Г. О. Слабкий // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 4. – С. 17–21.
144. Шунько Є. Є. Впровадження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги в Україні / Є. Є. Шунько // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2011. – Т. 1, № 1. – С. 4–15.
145. Шунько Є. Є. Обґрунтування пріоритетів національного плану дій з припинення попереджувальних смертей новонароджених у рамках глобальної стратегії ООН «Кожна Жінка, Кожна Дитина» / Є. Є. Шунько, О. М. Ковальова // Економіка і право охорони здоров'я. – 2015. – № 2 (2). – С. 72–78.
146. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік. – Київ, 2014. – 438 с.
147. Якобчук А. В. Методологічні основи наукового дослідження діяльності системи охорони здоров'я: навчальний посібник / А. В. Якобчук, Г. О. Слабкий. – Київ : Ліра-К, 2015. – 172 с.
148. Carrin G. Achieving universal health coverage: developing the health financing system / G. Carrin, C. James, D. B. Evans. – Geneva : WHO, 2005. – P. 4.
149. Developing a framework for action for strengthening public health capacities and services in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0009/148266/RC61](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/148266/RC61). – Title from screen.
150. Iakobchuk Anatolii Medical and social justification of regulatory and legal framework to fight HIV/AIDS in the Penal System of Ukraine / Anatolii Iakobchuk, Gennadii Slabkyy // Hygeia Public Health. – 2014. – Vol. 49 (1). – P. 1–5.
151. Kickbusch I. Governance for health in the 21st century [Electronic resource] / I. Kickbusch, D. Gleicher. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012. – Access mode : [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf). – Title from screen.
152. Mathers C. D. Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002–2030: data sources, methods and results / C. D. Mathers, D. Loncar. – Geneva : WHO, 2005. – 130 p.
153. Mc Daid D. Как могут европейские системы здравоохранения помочь в инвестировании в стратегии охраны и укрепления здоровья населения и в их реализации? /

D. Mc Daid, M. Drummond, M. Suhrcke. – ЕРБ ВОЗ, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2008. – 32 с.

154. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries / A. Alwan [et al.] // The Lancet. – 2010. – Vol. 376. – P. 1861–1868.

155. Resolution WHA 58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance [Electronic resource] / Fifty-eighth World Health Assembly, 16–25 May. Geneva, 2005 (WHA58/2005/REC/1). – Access mode : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58-REC1/english/A58\\_2005\\_REC1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf). – Title from screen.

156. Slabkiy G. O. Characteristic of the network of hospitals in Ukraine and principal indices of its exploitation / G. O. Slabkiy, G. Ya. Parhomenko // The Pharma Innovation Journal. – 2014. – Vol. 3 (7). – P. 29–32.

157. Ritsatakis A. Улучшение здоровья населения. Анализ развития стратегий борьбы с неинфекционными болезнями в европейских странах / A. Ritsatakis, P. Makara. – ВОЗ, 2009. – 265 с.

158. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. – WHO, 2002. – 248 p.

159. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. – Geneva : WHO, 2010. – 128 p.

160. World health statistics 2013. Part III. Global health indicators / Publications of the World Health Organization from WHO Press. – Geneva, 2015. – P. 139.

161. World health statistics 2015. Part II. Global health indicators / Publications of the World Health Organization from WHO Press. – Geneva, 2015. – P. 125–135.

**ДАНІ ТИПОГРАФІЇ**

Підписано до друку 29.04.2016 р.

Загальний наклад 300 прим.